grile 30
dezb 20.

Tulburări de personalitate – Tpato.

VASILE PERCIUN

PSIHOLOGIE CLINICĂ

partea I

note de curs

B.C.U. "EUGEN TODORAN"
INV.: 598.425

Biblioteca Centrală
Universitară
Timişoara
02146796

Editura Eurostampa
TIMIŞOARA, 2001

Editura EUROSTAMPA
Timişoara, B-dul Revoluţiei nr. 26
Tel./Fax: 056-20.48.16

I.S.B.N.: 973-8244-12-9

Tipar executat la ***Tipografia Eurostampa***

PSIHOLOGIA CLINICĂ

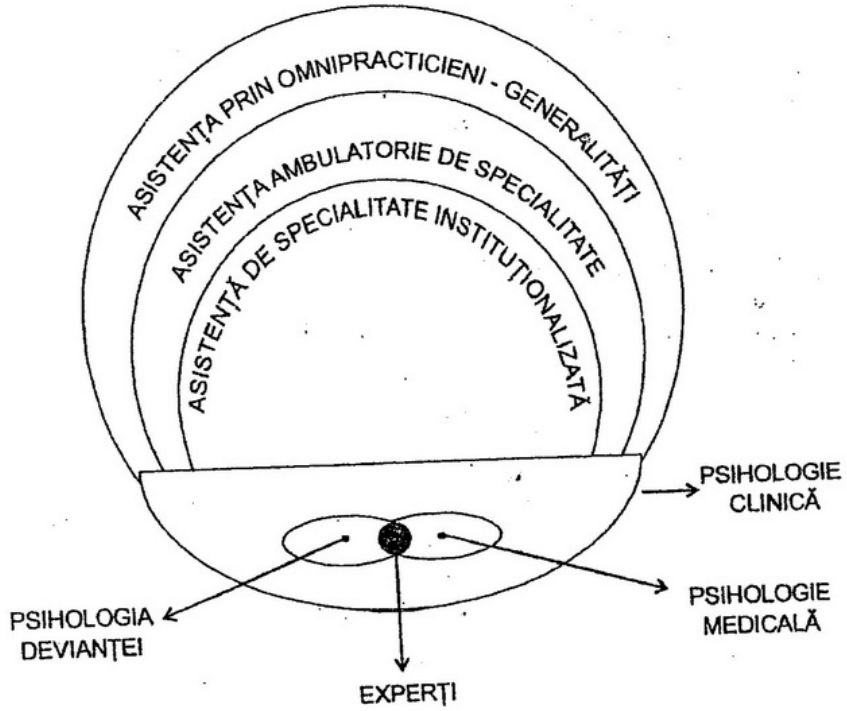
Sub unghiuri și ipostaze variate, unicitatea manifestărilor umane a devenit obiect de studiu pentru numeroase discipline științifice, care în ansamblul lor, alături de rezultatele provenite din experiența psihologilor practicieni, conturează sfera și conținutul psihologiei clinice. Din necesități practice, inițial ,ea a fost reclamată de situațiile care interveneau la confluența psihologiei cu medicina, precum și la confluența psihologiei manifestărilor individuale, cu marile procese educaționale ale muncii și ale comportamentelor psihosociale. Astăzi psihologia clinică beneficiază și de cuceririle sociologiei care i-a adus o a treia dimensiune, deoarece faptul de psihologie clinică este întotdeauna un fapt psihologic, un act social și mai ales un act științific. (Portes, Lamache și col., 1958, pag. 21).

Psihologia clinică nu are contururi ferme, acestea suferind interferențe din partea altor domenii: psihologia medicală, psihopatologia, psihologia devianței, psihiatria etc. De aceea, ambiguitatea și specificitatea hipercomplexă a domeniului practic care comportă abordări e psihologie clinică, găsește multe sinonimii aparente în psihopatologie, în psihologia medicală, socială, a comportamentului și altele. De aceea, subiectul abordat în situația clinică, este văzut ca un promotor al multiplelor relații concrete și este abordat într-o perspectivă tridimensională: bio-psiho-socială.

La începutul secolului, Wittmer (1908), în „Psychological Clinic" realizează o primă perspectivă asupra sferei și conținutului psihologiei clinice, pornind de la unicitatea manifestărilor psihopatologice. Aceste date inițiale au fost completate de Pierre Janet (1926), care a insistat asupra fenomenelor unice întâlnite în context psihoterapeutic. Myra y Lopez (1952) aduce contribuții de model antropologic în cadrul psihologiei clinice și face distincția majoră precizând faptul că medicina și psihologia medicală se preocupă

de boli, iar persoana care suportă efectul acestor boli devine obiectul psihologiei clinice. Prin urmare, conform acestui autor, în sfera psihologiei clinice, se conjugă manifestările de unicitate ale persoanei provenite din cele două direcții - a manifestărilor cauzate de boală și a manifestărilor insului ca reacție la boală-, într-o concepție antropologică. Psihologia medicală posedă o semnificație medicală, fiind o psihologie în raport cu gândirea și activitatea medicului care lucrează profesional și dedicat asupra pacientului. Psihologia clinică însă, nu poate fi redusă doar la domeniul medical, deși se inspiră major din acesta, mai ales pe linia psihologiei fiziologice, care reprezintă doar un prim pas spre studiul unicității personalității. (Ernst Kretschmer, 1956).

Delay și Pichot (1964), analizând prin procedeele clasice manifestările personalității, menționează că psihologia medicală vizează în principal relațiile medic-bolnav. Opiniile sale au fost completate de Georges Heuyer (1966) cu aspecte circumscrise



manifestărilor psihosomatice maladive, unde tendințele individuale reprezentau factori majori în debutul și menținerea unor boli. Astăzi în psihologia medicală sunt incluse domenii diferite care conțin deopotrivă fapte clinice, fapte experimentale și elemente de neuropsihofiziologie.

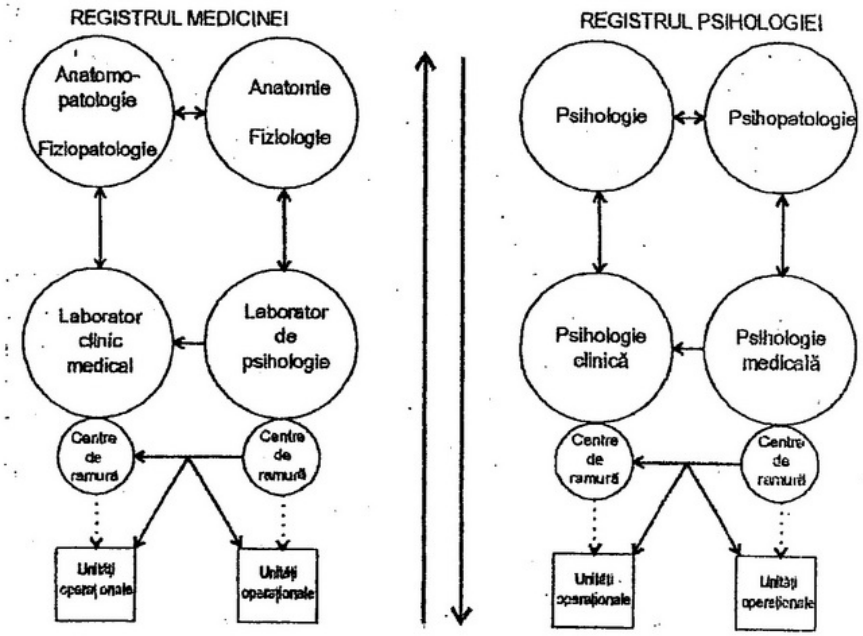
Psihologia clinică sprijinindu-se pe acestea, își delimitează conținutul într-o arie care, cu privire la suferința umană, cuprinde toate fenomenele întâlnite în medicină, și în realitatea curentă de model psihologic, fiind adică ansamblul cunoștințelor psihologice susceptibile de a fi aplicate în practica medicală și în practica psihologică de orice gen. De aceea, psihologia clinică reprezintă un domeniu prin excelență aplicativ și nu se rezumă doar la problemele psihologice ale oamenilor bolnavi. Ea elaborează și modele privind locul și rolul unicității personalității în prevenirea, apariția, evoluția și tratamentul afecțiunilor, adică a acelor manifestări condiționate de suferința maladivă a omului. În acest context, ea, în mod suplimentar, oferă date și despre păstrarea sănătății și a valorii optimale de ordin adaptativ în alte planuri ale ființei umane, în special cel psihosocial. Doar aparent studiază în mod exclusiv fapte psihologice direct observabile în clinică, însă în realitate ea mai degrabă valorifică datele concrete din experiența practică întâlnite în cabinetele psihologilor, care se fondează nu numai pe reflectarea conștientă, ci și pe dinamismele inconștiente ale persoanei, date practice care cu greu pot fi sistematizate sau generalizate în conformitate cu cerințele academice care trebuie să realizeze construcția unui tratat teoretic exhaustiv. Psihologia medicală mai vizează reacția individului la boală, relația medic-bolnav, specificul tratamentelor psihologice, iar psihologia clinică studiază manifestările de unicitate ale multiplelor ipostaze ale persoanei, nu doar pe versantul normal sau patologic al existenței sale. De aceea, un fundament important al psihologiei clinice îl constituie psihanaliza, mai ales în accepțiunea sa de metodă terapeutică. În context terapeutic, spre deosebire de psihologia medicală, care studiază fenomenele psihologice care însoțesc tulburările somatice și psihosomatice, psihologia clinică impune ca acestea să fie investigate și estimate

în fiecare caz în parte și în fiecare boală. De aceea, ea a mai fost denumită și psihologia non-statistică și s-a delimitat de psihologia medicală, care nu poate renunța la contribuțiile metodei statistice în contextul generalizărilor specifice. Prin urmare, psihologia clinică studiază prin excelență persoana și factorii care influențează, condiționează manifestarea sa particulară, adică aspectul care face ca „orice ființă umană să constituie o excepție" (E. Minkowski, 1969). Ea izvorăște și se aplică prin excelență la domeniul aplicativ, practic, al tuturor ramurilor psihologiei, oferind contribuții pe linia ameliorării condiției umane și a eliminării factorilor negativi,vizând optima relație adaptativă a persoanei cu mediul său. Psihologia clinică asigură eficacitatea tehnicilor aplicativ-melioriste și terapeutice, fiind confundată deseori cu psihologia medicală, dar în realitate noțiunea de psihologie clinică are o arie mai largă, înglobând în afara cazurilor patologice și pe cele considerate normale, studiate psihologic însă, într-o manieră strict individuală. Atunci când se implică în cadrul aplicativ al psihologiei medicale, sfera noțiunii de psihologie clinică va fi restrânsă la studiul psihologic al bolnavilor internați, al persoanelor aflate pe patul spitalului. Deci, conceptul de psihologie clinică a fost introdus mai ales pentru a extinde observația clinică, metoda clinică și spiritul clinic la studiul aprofundat al cazurilor individuale, care nu sunt într-adevăr medicale (D. Lagache, 1961, p. 3).

În psihologia franceză, psihologia clinică este cunoscută în special sub aspectul de metodă psihologică de investigație individuală denumită „metoda clinică", dezvoltată ca o replică la metoda statistică, uneori greoaie și ineficace sub aspect pragmatic al soluționării problemelor personale de ordin individual al oamenilor aflați în situație de dificultate. Ea se profesează prin excelență în cabinetele de practică psihologică, în care manifestările de psihologie medicală se vor clasa într-o serie de date relative la o psihologie a patologicului, iar sesizarea normalității din orice entitate nosologică constituie un obiectiv pragmatic al psihologiei clinice.

Baza faptică a conținutului psihologiei clinice o constituie datele din domeniul individual-clinic din orice domeniu aplicativ

al psihologiei. De aceea, ea sprijină nu numai domeniul medical, ci și domeniul combaterii fenomenelor de deviantă și domeniul soluționării problemelor comunitare, domeniul psihopedagogic și altele. Nota pragmatică este uzitată deopotrivă aplicativ și terapeutic, corectiv sau constructiv.



În concluzie, deși are unele interferențe comune cu alte discipline prin sfera și conținutul ei, psihologia clinică nu se identifică cu psihopatologia, cu psihiatria, cu psihologia medicală, judiciară, pedagogică etc., dar acestea din urmă nu se pot dispensa în nici un moment de punctul de vedere clinic.

Extensia psihologiei clinice

Psihologia clinică reprezintă astăzi în România ca și în alte țări unde este recunoscută mai mult din punct de vedere oficial-instituțional, sectorul cel mai dezvoltat al prestațiilor curente de psihologie. Acest fapt poate părea oarecum paradoxal, mai ales dacă observăm că de fapt este vorba despre o ramură recentă în istoria disciplinelor psihologice uzitate sistematic și extensiv,

născute efectiv după al doilea război mondial. Un model valabil al practicării psihologiei clinice la nivel occidental la care tinde să se integreze practicarea ei și în țara noastră, datorită similarității pluridimensionale ale solicitanților și ofertanților de prestații de acest profil, este cel francez. Numărul psihologilor clinicieni, care practică în Franța, este estimat de la 6-7000 la 15.000 (Huber, 1993). Dacă suplimentar mai sunt incluși aici și circa 7.000 psihologi școlari și consilieri de orientare- psihologică (4. pag.44) se ajunge la circa 22.000 (deservind ceva mai mult de 30.000 de pacienți), ceea ce se consideră a fi o cifră de aproximativ 74 %,așa cum rezultă din ancheta SNP/LE MONDE 1988.

Există apoi 8.500 psihiatri și circa 5-10.000 psihanaliști și psihoterapeuți. Cele trei de categorii de profesioniști se interferează, astfel încât unii psihiatrii sunt și psihanaliști și unii psihanaliști au și funcția de psihologi clinicieni, iar asistența de specialitate apreciată global, este deosebit de eficientă. Astfel cum pare să arate anumite date de anchetă privind specializarea profesională, mulți studenți în psihologie clinică urmează în scop formativ, o cură psihanalitică de tip ortodox (aprox.60 %) și privesc cariera de psiholog clinician ca un pas important spre cea de psihanalist, consderat statutul social adjudecat prin profesie, cel mai convenabil (aprox.45%; cf.Jalley, anchetă în curs).

În Germania și S.U.A. psihologia clinică fondată pe psihanaliza ortodoxă pare să aibă o mai puțină vitalitate și prestigiu expansiv, decât în Franța.

Această primă evaluare a celor doi poli performanțiali ai acestei practici profesionale, ne dă o idee clară asupra specificului conceptului de psihologie clinică, propriu contextului cultural occidental actual.

În ciuda caracterului dominant din cercetarea științifică de profil și a dinamismului de dezvoltare, psihologia clinică rămâne un domeniu greu de definit și de delimitat cu privire la aspectele ariilor aplicative.

Cert este faptul că există două modele de psihologie clinică: francez și anglo-saxon/american.

Caracterul original al modelului francez ține de concepția eclectică particulară a principalului său fondator Daniel Lagache

(1903-1972), filosof, medic, psiholog și psihanalist. El a introdus psihologia clinică în Franța(1949), concepând-o ca o disciplină care face trecerea din necesități aplicative, de la psihologia experimentală la psihanaliză.

Pentru D. Lagache psihologia clinică este o știință a comportamentului uman, bazată pe un studiu aprofundat al cazurilor individuale, normale sau patologice și susceptibilă a se extinde și la cazurile de grup.

După Didier Anzieu (1979,1982), referința extensiei psihanalizei este dominantă dar nu exclusiv în psihologia clinică. Perspectiva economică și topică, evident, aparține psihanalizei, chiar dacă aceasta împarte cu psihologia clinică perspectivele epistemice dinamice și genetice. În plus, psihologia clinică pune accentul pe punctul de vedere adaptativ, putându-se astfel prezenta ca o formă particulară de psihanaliză aplicată. Astfel ea se prezintă astăzi ca o psihologie individuală și socială, normală și patologică. Școala lui Jacues Lacan neagă parțial modelul lagachian opunându-i un contra-model de psihopatologie psihanalitică. Modelul anglo-saxon propune o definiție a psihologiei clinice văzută doar ca o tehnică vizând prevenția și terapia problemelor și tulburărilor psihice, prin prisma sistemelor instrumentale cognitivist-computaționale (E. Trouble/D. Storung-1993) Acest model se alătură șirului disciplinelor noi ca neuropsihologia, psihologia sistemelor sănătății, psihologia comunitară ș.a. (Huber,1993).

Psihologul clinician

D. Lagache consideră că actul esențial al psihologiei clinice este diagnosticul. D.Anzieu mai îi adaugă trei funcții profesionale importante: formarea, expertiza și psihoterapia. Multiciplitatea nuanțelor dimensionale a acestor funcții implică caracterul interdisciplinar al psihologiei clinice cu psihiatria și psihopatologia, psihanaliza, psihologia diferențială, psihologia personalității, psihologia formei (Gestaltpsihologie), psihologia copilului, psihologia socială, fenomenologia antropolgică. De la origini, psihologia clinică prezintă două tendințe particulare, două

forme de "mentalități", definite una de "clinica înarmată" cu probe de laborator și remedii medicamentoase (Lagache), alta de "clinica cu mâini curate", adică fără teste paraclinice (Favez-Boutonier-23-1997) axată pe psihoterapie.

Profilul particular al profesării

Profesarea psihologiei este în mod particular ajustată necesității formărilor și specializărilor complementare. Din acest punct de vedere, o anchetă SNP/Le Monde, datând din 1988 (vezi 28 pag. 44) furnizează elemente de comparație interesante între psihologii "clinicieni" și psihologii neclinicieni denumiți și"sociali".

Psihologii clinicieni relizează prestații în domeniul psihoterapiei, analizei psihologice, și tehnicilor de investigație patologică. Ei se consacră investigării cazurilor psihologiei clinice și psihoterapiei persoanelor individuale.

Psihologii sociali se preocupă în principal de selecția și gestionarea personalului unor orgaizații, grupuri, instituții.

Psihologii clinicieni lucrează cu copii, adolescenți ce au tulburări psihologice, psihiatrice, cu probleme de inserție socială, familială sau școlară. Funcția particulară de acompaniament social caracteristică psihologiei clinice nu are același scop ca cel privind finalitatea adaptării profesionale caracteristică psihologiei sociale și a organizării, care așa cum se știe, are prioritar eficientizarea cât mai profitabilă a sistemelor de apartenență.

Metodologia de bază

Psihologii clinicieni folosesc mai mult tehnicile de investigație psihologică de tip test decât psihologii sociali care recurg mai mult la tehnicile de comunicare cu sau fără scale estimative sau chestionare (sondaje, conferințe, traininguri diverse, expoziții, animație de grup).

Pe baza unei baze metodologică comună, psihologii clinicieni se diferențiază prin recurgerea la tehnici proiective psihodiagnostice și terapeutice specifice ca psihanaliza, psihodrama, Gestaltterapia, psihoterapia familială sistemică ș. a.

Se constată și un fond comun de tehnici psihologice utilizate de ambele categorii care par să justifice prin fapte concrete puțin

cunoscute, un titlu unic al prestațiilor psihologului.

Există de asemenea trei varietăți de diplome de bonitate profesională specializată, pe domenii aplicative: educațional-școlar, economico-managerial și clinico-medical.

Evoluția actuală a psihologiei clinice în țările occidentale este marcată de creșterea rolului ei în seviciile spitalicești ca neurologia și neuropsihologia, neurochirurgia, obstretică- ginecologie, gerontologie, reeducare funcțională, reanimare, oncologie, hematologie, centre de îngrijire paliative (Cohen-Rieu,1994) sau în domeniile devianței și în multe altele.

Există câteva calități personale ale celui ce profesează considerate ca deosebit de importante pentru activitatea clinică:

- aptitudini superioare;
- originalitate și fertilitate a resurselor;
- curiozitate;
- interes pentru persoana individuală;
- înțelegerea propriilor trăsături de personalitate;
- sensibilitate la complexitatea motivației;
- toleranță;
- aptitudinea de a stabili relații calde și afective;
- asiduitate și aptitudinea de a tolera situații de urgență;
- simțul responsabilității;
- tact;
- integritate și autocontrol;
- simțul valorilor etice;
- fond cultural larg;
- interes profund pentru psihologie, mai ales pentru aspectele ei clinice.

Ceea ce merită atenție în această listă se referă mai puțin la una sau alta dintre calitățile menționate, ci mai mult la faptul că această listă subliniază adevărul că o inteligență strălucită nu este suficientă pentru a deveni un bun clinician, fiind deci imperios necesar să se acorde atenție sporită dimensiunii deontologice, etice și umane a formării viitorilor psihologi clinicieni. Caracteristicile principale ale profesării în domeniul psiho-clinic, credem că depind în cea mai mare măsură de constituția și modelarea, cultivarea profesională specifică a *personalității* specia-

liștilor, ale căror varibile psihologice mai importante ar putea fi:

Variabilele psihologului clinician
(Tscheulin - 1982)

1. Variabilele personale

• *demografice*: vârstă, sex, statut socio-economic, statut familial și rasă;

• *biografice profesionale*: statut profesional, formare, terapie personală, experiență;

• *de personalitate:* trăsături de personalitate raportate la dimensiunile iubire-ură și dominare-supunere (Leary), "variabile A-B", "trăirea terapeutică". (Tscheulin, 1980).

2. Variabilele stilistice (Pope, 1977):

• analitic sau experiențial;
• directiv sau non directiv;
• preluând inițiativa sau doar reacționând, răspunzând la preluarea inițiativei;
• ambiguu sau specific;
• nivel de activitate;
• expresivitate a comportamentului (timbru, intonație, etc.);

3. Variabile instrumentale

• *tehnologice:* competență în folosirea unor tehnici, cum ar fi, de exemplu, interpretarea, confruntarea, etc.

• *relaționale:* empatie, autenticitate, spontaneitate, etc.

Abilitățile profesionale

Începând studiul formativ în domeniul psihologiei clinice, este posibil ca viitorul specialist să se simtă lipsit de aptitudinile necesare. O problemă de „psihologie clinico-medicală" spre a fi soluționată, va fi deci, inițial, o ușurare pentru el, fiidcă el va ști ce trebuie să facă. În acest context, el nu se va descuraja și își va reaminti asigurările formatorilor săi: are deja o mulțime de aptitudini (cele pe care care le va lua drept bune). Scopul acestui capitol este de a fi încurajator și constructiv pe terenul acestor aptitudini. Nimeni nu poate trăi foarte mult timp fără să observe tonusul ondulatoriu al stărilor psihice, atât al propriei persoane,

cât și al colegilor, fără să tatoneze unele metode destinate să-i minimalizeze ceea ce este inconfortabil și apoi să maximilizeze ceea ce este bun.

Oricine a susținut vreodată un examen important știe ce este anxietatea și oricine a promovat cu succes vreodată unul, știe cum să-și învingă anxietatea, cel puțin într-o anumită măsură. Cu toții am supraviețuit perioadelor de „depresie" și este interesant să ne întrebăm cum am reușit aceasta. Răspunsul poate fi surprinzător de simplu:

• Primul element este timpul. Un principiu psihoterapeutic important îl reprezintă trecerea, pur și simplu, a timpului. În psihiatrie, multe dintre tratamentele considerate ca având succes reprezintă, odată cu trecerea timpului, puțin mai mult decât protejarea pacientului, deoarece procesele naturale de vindecare și refacere a pacientului (și a familiei sale) sunt acelea care aduc îmbunătățiri. Desigur, există situații în care așteptarea trecerii timpului ar putea avea urmări fatale. Dar aceasta nu împiedică faptul că, în concluzie, principiul trebuie considerat ca fiind unul folositor.

• O altă aptitudine cu care suntem cu toții mai mult sau mai puțin specializați este *ascultarea*. Unul dintre principiile de bază ale psihologiei clinice, este acela că le este de un mare ajutor pacienților, doar simpla ascultare de către un psiholog, a problemelor lor. Tot așa cum nouă ne este de ajutor să vorbim despre problemele noastre cu unii colegi, la fel acest lucru, poate fi de imens ajutor pentru pacienți, în special dacă ei au fost izolați sau s-au simțit singuri, ceea ce în realitate, reprezintă o experiență foarte frecventă.

• Întocmai cum refacerea și ameliorarea spontană sunt frecvente în psihiatrie, la fel este și recăderea. Examinând registrul de internări al oricărui serviciu de afecțiuni psihice acute, este foarte ușor posibil să se evidențieze că aceleași persoane continuă să fie mereu reinternate. Pe de o parte, acestea reprezintă un eșec al metodelor psihiatrice, dar pe de altă parte fiecare externare (planificată cu atenție) este echivalabilă cu un succes.(?)

• Adesea există o infrastructură complexă și de diverse naturi, realmente potrivită pentru menținerea pacientului în comunitate. Ea include întâlnirile de susținere în grupuri, ședințele de psiho-

terapie de grup sau de exemplu în promenada în afara spitalului ș.a.. Nu toți avem aptitudini pentru aspectele acestea simple ale vieți cotidiene, dar prin redobândirea de către pacienți a acestor disponibilități, noi le dăm posibilitatea să facă primii pași în refacerea vieții lor, după o boală psihică mai mult sau mai puțin gravă.

Prin urmare, *timpul, ascultarea și aptitudinile vieții cotidiene* reprezintă instrumentele principale de debut ale psihologului clinician, iar cu aceste instrumente simple, se pot realiza multe performanțe în refacerea punților căzute dintre pacient și lumea sa exterioară. Aceste abilități sunt simple comparativ cu unele aptitudini extrem de elaborate și sofisticate precum psihanaliza și hipnoza, pentru care psihologia clinică este renumită și oferă multiple sisteme formative pentru specializare. Esența aducerii lor în prim plan, este motivul ca viitorul specialist în psihologia clinică, să nu creadă că în prealabil este nevoie de un îndelung, excesiv și arid studiu teoretic, înainte de a începe această specializare deosebită. Dimpotrivă, el se poate angaja în exersarea acestei profesiuni, efectiv, din prima zi de lucru în saloane.

Repere istorice

Psihologia clinică își datorează numele domeniului aplicativ al psihologiei americane, în care psihoterapia a fost întodeauna mai strâns legată de *clinicile* psihologice. Lightner Witmer, elev al lui Wilhelm Wundt, fondator al primului institut de psihologie de la Leipzig, a deschis, la începutul sec al XX-lea când s-a reîntors în Philadelphia, prima clinică psihologică și a creat în 1907 revista "Psychological Clinic". De atunci, termenul de psihologie clinică s-a impus și s-a generalizat ca profesare, deși mulți psihologi clinicieni nu lucrează doar într-o clinică, ci mai mult în cabinete amenajate și dotate conform cerințelor, cele mai multe dintre acestea fiind private.

Evenimente semnificative în istoria psihologiei clinice:

1889 P.Janet publică "Automatismul psihologic".

1890 J.McKeen Cattell folosește cuvântul "test", primele lucrări de psihodiagnostic.

1892 Fondarea Asociației Psihologice Americane (APA).

1895 Breuer și Freud publică "Studii despre isterie"; Kraepelin: Der psychologische Versuch in der Psychiatrie.

1896 Witmer fondează prima "clinică psihologică" la Universitatea din Pennsilvania și tratează aici copii cu handicapuri mentale și fizice.

1904 Janet și Dumas fondează "Jurnalul de psihologie normală și patologică"

1905 Binet și Simon își publică testul de inteligență.

1906 M.Prince editează "Jurnalul de psihologie anormală".

1908 C.Beers fondează Comitetul Național pentru Igienă Mentală.

1909 Healy fondează Institutul de Psihopatie Juvenilă la Chicago.

1910 Fondarea "Internationale psycho-analytische Gesselschaft".

1912 Munsterberg propune noțiunea de "patopsihologie", care se referea la fenomene anormale, cum ar fi exagerea sau inhibarea fenomenelor normale.

1913 Jaspers își publică Tratatul de psihiatrie practică și introduce în psihiatrie referința la "psihologia comprehensivă" și la fenomenologie.

1917 Dezvoltarea testelor Alpha și Betha în cadrul armatei USA și a testului Woodworth, pentru examinarea inteligenței și personalității recruților.

1919 Formarea secției "Psihologie clinică", a Asociației Psihologice Americane. A. Adler deschide primul său centru de consultare pentru probleme educative la Viena.

1921 Rorschach publică Psihodiagnosticul.

1922 J.Mc Keen Cattell fondează Corporația Psihologică.

1924 M.Cover Jones publică Cazul Pierre, primul text de terapie comportamentală.

1925 Gesell: Dezvoltarea Mentală a Copilului Preșcolar prezintă teste de dezvoltare.

1935 Ch.Morgan și H.Murray publică TAT.

1936 Luottit prezintă Psihologia sa Clinică.

1939 Wechsler publică Testul de Inteligență Wechsler-Bellevue.

1942 Rogers publică Consiliere și Psihoterapie și-și prezintă terapia sa non-directivă. Hathaway și McKinley scot Inventarul

Biblioteca Centrală Universitară
TIMIȘOARA
"EUGEN TODORAN"
598.425

Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI). Lewin își dezvoltă metodele de discuție în grup.

1946 Legea Sănătății Mentale creează o legislație federală pentru prevenirea și tratamentul tulburărilor psihice.

Administrația Veteranilor din S.U.A., Institutul Național de Sănătate Mintală și U.S. Public Health încep să finanțeze programe de formare în psihologie clinică la nivel doctoral.

1949 Conferința din Boulder propune modelul de formare în psihologia clinică numit modelul științific-profesional. Lagache publică "Psihologia clinică și metoda clinică", "Unitatea psihologiei" și reintroduce psihologia clinică în Franța.

1950 Dollard și Miller publică Personalitate și Psihoterapie, în care aplică principiile de învățare a psihoterapiei.

1952 Eysenck publică articolul efectele psihoterapiei: evaluare.

1953 Apariția Standardelor Etice ale APA.

1958 Wolpe publică prima carte despre terapia comportamentală: Psihoterapie prin inhibare reciprocă.

1963 Legea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală promulgă înființarea unor centre comunitare de sănătate mentală în SUA.

1964 Deschiderea Centrului pentru Terapie centrată pe client și consiliere la Universitatea din Leuven.

1969 Fondarea Societății pentru Cercetare în Psihoterapie, în SUA (SPR). Fondarea, la Munchen, a Societății de Terapie Comportamentală.

1970 Fondarea, la Hamburg, a Societății de Terapie Non-directivă. Terapeuții comportamentali europeni se reunesc la Munchen și fondează Asociația Europeană pentru Terapie și Modificarea Comportamentului.

1973 Conferința de la Vail (SUA) propune un model de formare profesională. Raportul OMS asupra rolul psihologului în serviciile de sănătate mintală ale diferitelor țări europene.

1974 Primul Congres European de Terapie Non-directivă, la Wurzburg.

1975 Publicarea "Raportului privind starea psihiatriei în RFG - privind îngrijirile psihiatrice și psihoterapeutice/psihosomatice

acordate populației". Înființarea, în RFG, a unui "Grup de lucru al asociațiilor de psihoterapie" (AGTV), conținând patru asociații și secția clinică a Federației Psihologilor din RFG.

1980 Primul congres de psihologie clinică și psihoterapie organizat la Berlin de către Societatea germană de terapie non directivă (GWG) și Societatea germană de terapie comportementală (DGVT).

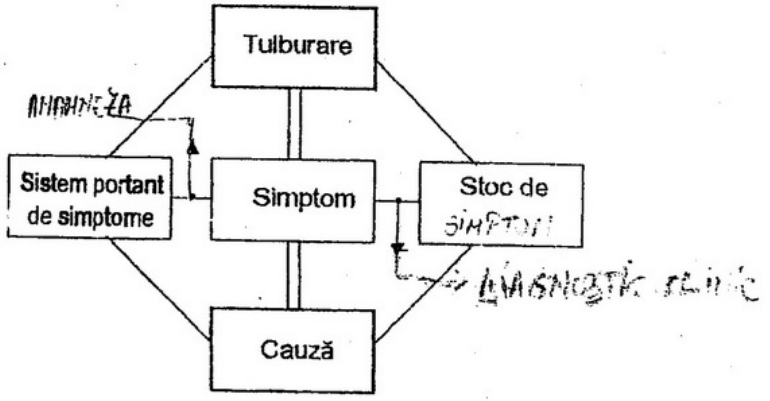
1981 Prima Conferință Europeană de Cercetare în Psihoterapie, la Treves (RFG).

1983 Fondarea, la New York, a Societății pentru Explorare Integrării Psihoterapeutice (SEPI).

1985 A doua Conferință Europeană asupra Cercetării în Psihoterapie, la Louvain-la-Neuve, organizată de către Societatea pentru Cercetare Psihoterapeutică și Jurnalele de Psihologie Clinică, din Louvain-le-Neuve.

Sistemele psihologiei clinice

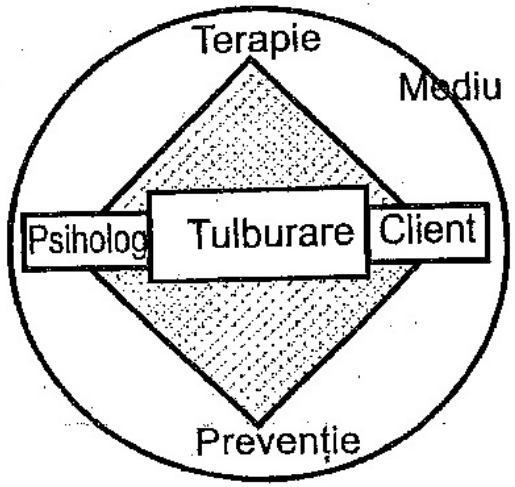
Datorită faptului că în prezent majoritatea psihologilor profesioniști lucrează în domeniul psihologiei clinice (60% în Franța, 42% în Germania), "psihologia clinică aplicată" s-a dezvoltat considerabil în aceste ultime decenii, în calitatea sa de corpus tematic. Situația actuală permite clasarea sistematică a *conceptelor funcționale* și a *domeniilor sale tematice:*



• Acest model cibernetic este construit pe triada centrală tulburare-simptom-cauză a suferinței. Toate orientările terapeutice trebuie să abordeze întrebările următoare: Ce este o "tulburare"? Cum i-a naștere aceasta? Care sunt cauzele care o determină?

Simptomele (indicii de tulburare psihică) au un " purtător de simptome" (pacient, client, consultant etc) și fac parte dintr-un "stoc de simptome" (acumulare descriptivă maximală de asemenea indici de tulburare psihică"(B)). Rezultă astfel opt conexiuni intercategoriale care corespund cu opt sarcini științifice care delimitează psihologia clinică:

• nosologia (metoda descrierii tulburărilor psihice)
• simptomatologia (caracterizarea tulburărilor psihice)
• etiologia (o teorie a conexiunilor dintre cauze și devenire)
• diagnosticul(identificarea și evaluarea tulburărilor individuale)
• consistența (rezistența tulburării sau mai precis posibilitatea de a acționa împotriva ei)
• anamneza (recensământul cauzelor)
• epidemiologia generală (propagarea tulburărilor psihice)
• epidemiologia socială (raport despre tulburarea dintre client și mediul său înconjurător).



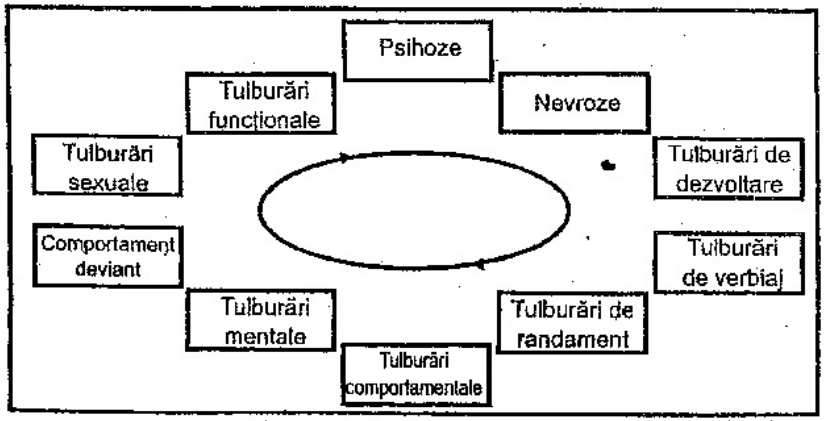
• În jurul centrului *tulburare psihică* sunt grupate componentele funcțional-aplicative ale psihologiei clinice. Prin *terapie* se

înțelege intervenția (suma intervențiilor posibile) efectuată de *un terapeut* vis-a-vis de *un client*. Acest triunghi este completat de cel care în *prevenirea* tulburărilor ocupă locul psihoterapiei. Acest raport personal al actorilor intervenției, este înțeles prin raportare la mediul lor particular și colectiv, cu influența acestuia asupra evenimentului terapeutic și preventiv.

Tulburările psihice și tulburările de personalitate

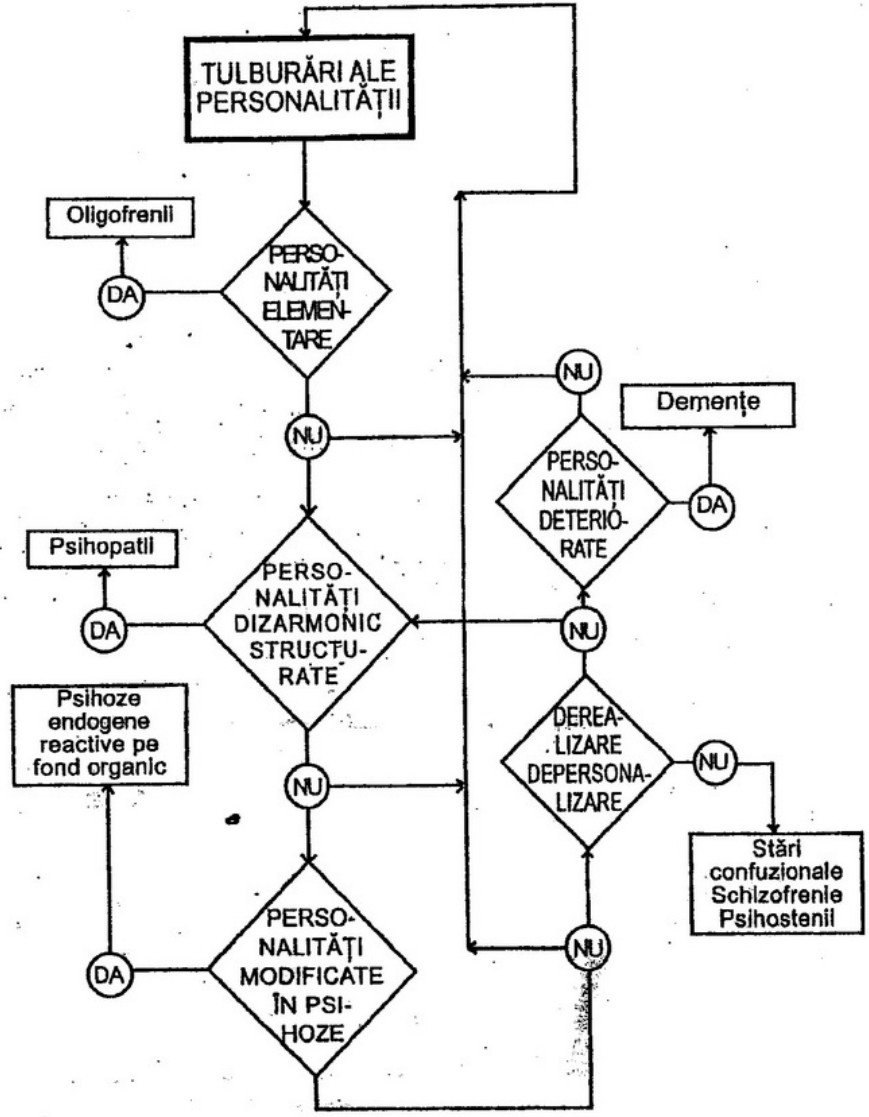
Clasificarea tulburărilor psihice este una dintre cele mai dificile probleme ale psihologiei clinice. În principiu, orice perturbare psihică este considerată ca fiind supradeterminată. Din aceasta rezultă apoi o multitudine de tulburări derivate, cu o mare diversitate de simptome și sindroame (entități polisimptomatice). Terminologia acestor tulburări s-a dezvoltat în parte, în decursul mai multor milenii de experiență practică, iar alți termeni sunt de o dată mult mai recentă.

Prezentăm mai jos o serie de tulburări psihice mai semnificative care operează astăzi în practica de psihologie clinică:



Deci astăzi, nu este surprinzător faptul că o terminologie sistematică fiabilă pune mari probleme de definire sau de accepțiune.

În domeniul patologic, excelează D.S.M.și I.C.D, corespunzând practicii taxonomice europene si respectiv anglo-americane unde se menționează expres pe lângă tulburările psihice în genere, tulburările de personalitate pe care noi le prezentăm conform schemei alăturate.



Intervine în permanență, pentru psihologii practicieni,o întrebare importantă: în ce măsură tulburările psihice sunt susceptibile de a se modifica?

SIMPTOMUL - INDICELE OPERAȚIONAL DE BAZĂ ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ

Cunoașterea aprofundată a simptomelor bolilor psihice constituie baza, fundamentul în diagnosticul psihopatologic.De aceea înaintea înțelegerii și formulării unui psihodiagnostic, în special unul cu semnificație maladivă, este necesară înțelegerea fiecărui element care îl compune sau care îl semnifică: simptomul.

Ca termen conceptual a fost adoptat din psihologia generală desemnând un indice de manifestare psihică. Întrucît nu orice manifestare psihică poate fi considerată simptomatică, accepțiunea sa în psihologia clinică este următoarea: tot ceea ce modifică negativ, perturbă sau înlocuiește o funcție psihocomportamentală sau psihoorganică, reprezintă un simptom, sau un ansamblu de simptome.

Simptomele, în psiholgia clinică la fel ca și în medicină în general, constituie alfabetul fără de care stările psihice sau bolile nu ar putea fi definite. Înainte de toate, trebuie să specificăm faptul că în psihologie există și o terminologie semiologică oarecum aparte, diferită față de cea din medicina somatică. Se vorbește despre un limbaj psihiatric provenit din cel pur psihologic, care se pare că până la urmă există cu adevărat, mai ales în contextul în care se speră la o delimitare autonomă a unei psihiatrii tehnologico-biochimice .

Psihismul cuprinde din punct de vedere psihologic mai multe sfere: percepția, afectivitatea, activitatea, gândirea, memoria, conștiința etc. Semiologia psihiatrică însă studiază doar aspectele patologice ale acestor funcții psihice în componentele ce țin strict, doar de tratamentul medicamentos, recuperare, vindecare.

În această expunere, abordarea semiologică va fi făcută însă într-o modalitate particulară, specifică psihologiei clinice, pentru

o mai bună sistematizare și o mai facilă înțelegere a acesteia în esența sa psihosocial-dinamică și anume cu precizările:

a). Înainte de a aborda semiologia unei funcții psihice se va face o trecere în revistă a factorilor de care depinde corecta ei desfășurare în normalitate, mai ales în raport cu celelalte funcții ale psihismului, dar și cu alți factori eventual patogeni. Acest lucru este important, deoarece facilitează înțelegerea tulburărilor sferei psihice respective, în ansamblu.

b). Fiecare simptom poate fi descris într-o manieră „psiho-fizio-patologică", adică în corelație cu tulburările din alte sfere psihice și neurofiziologice. În acest context, se va face precizarea dacă simptomul aduce după sine modificări în alte sfere psihice, fiind vorba de o tulburare esențială, intensă a acestuia, sau rezultă în mod secundar unei alte tulburări dintr-o altă sferă a psihismului sau organismului.

c). Se vor face precizări în ceea ce privește semnificația simptomelor în diagnosticul și prognosticul anumitor suferințe psihice, și cu privire la ponderea lor în conturarea caracterului de urgență psihiatrică sau de periculozitate psihosocială.

d). Modul în care sunt descrise simptomele va include și trimiteri la corelații psihopatologice nu numai între simptome, dar chiar între tulburările funcțiilor psihismului, referindu-se astfel modul lor de influențare reciprocă în anumite boli psihice.

e). Descriind un anumit simptom, se va face o trecere succintă în revistă a prezenței și caracteristicilor lui în diferite boli psihice.

Elemente de sindromologie psiho-clinică

Conform opiniilor formulate de R Jeican în " Psihiatrie-semne simptome sindroame" (1995), procesul de diagnostic psihomedical trebuie să aibă un sens amplu și profund, să realizeze evaluarea bolii nu numai nosografic, dar și din punctul de vedere al gravității, evolutiv și prognostic, pentru că „punerea unui diagnostic nu înseamnă numai recunoașterea unui model clinic particular, ci presupune căutarea unui factor etiologic specific, utilitatea unei anumite orientări terapeutice sau preventive, și avansarea unei previziuni sub aspect evolutiv

și prognostic (Wing).

Conform acestui autor, gândirea psihoclinică în vederea diagnosticării unei boli, pleacă evident de la un simptom. Capitolul de semiologie cuprinde descrierea în mare a acestora, în psihiatrie ea fiind cheia de boltă a acestei profesări, deoarece în acest domeniu diagnoza etiologică, și azi, reprezintă numai o expectativă.

Din punct de vedere gnostic și în particular nosologic, construirea entității de boală este rezultatul grupării simptoamelor maladive, dar nu numai al acestora. Pe lângă simptome, pentru a defini o boală, este necesar să existe și alte elemente care nu sunt strict semiologice, psihiatrice. Astfel, date privind vârsta, profesia, antecedentele (psihotraume) evenimente importante, date educaționale, nivel cultural, anumite date anamnestice, sunt elemente etichetate nonclinice, ce trebuiesc cuprinse în descrierea și definirea bolii, fără să constituie ele însele, simptome propriu zise. Și atunci, s-a creat, în mod logic, o etapă intermediară de gândire în care reunind, grupând simptomele, sau mai precis, strict simptomele clinice, s-au creat sindroamele. Aceasta constituie o etapă de diagnostic, dar o etapă intermediară, pentru că este bine ca ea să fie finalizată în etapa diagnosticului definitiv de boală. Deci ca psihologi clinicieni gândim în trei etape decizionale:

- decizia prezenței simptomelor cu semnificație patologică pentru diagnosticul nosografic și a semnelor non clinice (anamneză, psihotraume, istoria vieții subiectului etc.)
- decizia diagnosticului de sindrom prin reunirea mai multor simptome
- decizia finală a diagnosticului de boală care va cuprinde unul sau mai multe sindroame, dar și alte date necesare conturării diagnosticului unei maladii.

Și acum, ocupându-ne de sindroame, vom specifica inițial faptul că, etapa diagnosticului de sindrom nu este obligatorie, fiindcă frecvent și foarte posibil este să gândim de la simptome direct la diagnosticul de boală, fără a conștientiza diagnosticul de sindrom. Poate acesta este unul din motive pentru care sindromologia, în mod foarte regretabil, nu a constituit și nu constituie un capitol foarte detaliat în multe manuale psihiatrice. Imediat apropiată semiologiei, sindromologia înseamnă deci grupări de simptome care apar frecvent asociate, în timp.

Când și de ce se pune diagnosticul de sindrom ?

În psihologia clinică ca și în psihiatrie, diagnosticul de sindrom apare destul de frecvent. Acest lucru se datorează mai multor factori cum ar fi:

• Atunci când un grup de simptome pot defini un sindrom, dar nu sunt suficiente date concludente pentru diagnoza unei boli psihice, fapt ce nu poate fi posibil decît numai atunci cînd simptomele respective au o anumită persistență în timp și o anumită evoluție.

• Atunci cînd este decelat un ansamblu nedefinit de simptome rău conturate, incerte, care totuși pot fi încadrate într-un sindrom, pentru a nu se grăbi în mod eronat specialistul în psihologie clinică, la etichetarea acestor manifestări, cu un concept nosografic de boală.

• În bolile organice. Aici simptomatica psihică ce poate reclama abordarea din perspectiva psihologiei clinice sau chiar a psihiatriei, este secundară și deci respectivele manifestări vor fi grupate într-un sindrom definit prin simptomul dominant, iar diagnosticul de boală va aparține sferei somatice.

• Diagnosticul de sindrom este o evaluare cognitiv profesională printr-o "secțiune transvesală"și deci nu implică neapărat un demers de cunoaștere etiologică.

• Diagnosticul de sindrom poate să confere însă o orientare terapeutică. Necunoscându-se etiologia bolilor psihice, de cele mai multe ori există necesitatea și posibilitatea unei abordări terapeutice, sau chiar a unui tratament medicamentos de către psihiatri, conform diagnosticului de sindrom.

• Acest termen fiind un "diagnostic provizoriu", rămîne la latitudinea specialistului în psihologie clinică, sau a medicului specialist, pentru precizarea diagnostică finală realizată prin culegerea de noi date în timp, și prin urmare, sindromul este un concept evaluativ utilizat frecvent pentru definirea "hic et nunc" al unor grupări de manifestări simptomatice.

Reprezentăm mai jos o exemplificare cu privire la valorificarea manifestărilor simptomatice în unele evaluări specifice de psihologie clinică:

SITUAȚII CHEIE	PERTURBĂRI SIMPTOME	TIP CLINIC DE PERSONALITATE
Lipsa oricăror veşti sau informaţii liniştitoare. Necunoscutul, incertitudinile. De ex.: a nu avea nici o veste de la o persoană apropiată plecată în călătorie.	Se neliniştește, caută să obţină un maximum de informaţii. Preventiv, îşi ia maximum de precauţii.	Anxioasă
Situaţiile confuze, contradicţiile. De ex.: a şti că ceilalţi au vorbit când nu era de faţă	Dă tot soiul de interpretări arbitrare. Se pierde în detalii. Acuză, este bănuitor. Certurile sunt rupturi definitive cu acele persoane.	Paranoică
Persoane atrăgătoare sau străine, situaţiile de grup. De ex.: a fi prezentat unei persoane de sex opus.	Vrea să seducă şi să stârnească interesul interlocutorului.	Histrionică
Activităţi ce trebuie făcute în grabă. Noul, imprevizibilul. Pierderea controlului asupra evenimentelor. De ex.: să facă o seamă de lucruri cât mai repede, iar din lipsă de timp, imperfect.	Verifică. Reverifică. Planifică. Se îndoieşte de orice, chibzuieşte îndelung la orice.	Obsesională
Situaţia de a nu fi primul. De ex.: să nu i se acorde toată atenţia care care crede ea că i s-ar cuveni	Vorbeşte tot timpul, sec, de propriile-i merite şi prerogative. Monopolizează conversaţia, pentru a vorbi de propria-i persoană şi prerogativele ei.	Narcisică
Promiscuitate. Proximitate impusă. De ex.: a pleca în vacanţă într-un grup organizat.	Stă în colţul ei, nu vorbeşte despre ea. Nu manifestă nici un fel de interes faţă de ceilalţi.	Schizoidă

Să fie în competiţie. Să nu poată acţiona. De ex.: să fie nevoită să aştepte.	Se enervează, ridică tonul. încearcă să controleze situaţia, chiar într-un mod agresiv.	Comportament de tip A
Eşecul real sau ipotetic. Gratificaţii considerate nemeritate. De ex.: a nu putea duce ceva la bun sfârşit.	Lucrează mult, îşi refuză orice plăcere. Se acuză că nu ar fi la înălţime.	Depresivă
Să fie nevoită să ia singură decizii, să i se atribuie sarcini importante, să fie singur. De ex.: să petreacă singur un weekend.	Încearcă să capete sprijinul sau să se asigure de prezenţa celorlalţi. Iar aceasta le îngăduie orice.	Dependentă
Să accepte o autoritate sau o superioritate oarecare; să se supună ordinelor. De ex.; să accepte o decizie cu care nu a fost de acord.	Opune rezistenţă. Se contrazice pentru detalii, stăruind asupra viitoarelor probleme. Adoptă o atitudine negativistă. Se îmbufnează.	Pasiv-agresivă
Să fie în centrul atenţiei, să se confrunte cu judecata sau aprecierea celorlalţi. De ex.: să fie nevoit să vorbească	Evită confruntarea. Într-o situaţie socială este inhibată sau distantă. Se îndepărtează imediat.	Evitantă

Fondul psihodinamic al manifestărilor simptomatice specifice tulburărilor psihice

Referitor la acest aspect, vom prezenta menţiunile Silei Consoli (1985- 29-p 158-160 ş.a.) care în baza unei perspective psihanalitice, îi prevede două dimensiuni:

A. Eşecul organizărilor defensive

Nevrozele, şi într-o măsură mai mică psihozele, reprezintă forme organizate ale patologiei mentale, cu conflicte care dau naştere unor moduri de defensă mentalizate, necesitând, pentru a apărea, un important travaliu psihic. Simptomul are valoare de

formaţiune de compromis şi reprezintă o construcţie psihică, fruct al unei tentative de elaborare "în cerc vicios" a conflictelor.

Alături de aceste varietăţi „mentalizate", există forme de patologie în care predomină dezorganizarea şi copleşirea până la revărsarea aparatului psihic. Organismul trebuie să recurgă la alte tipuri de defensă decât defensele mentale, pentru a elimina creşterea excesivă a tensiunii căreia trebuie să-i facă faţă.

Manifestările simptomatologice nu mai sunt o construcţie psihică semnificativă, ci reflectă direct dezorganizarea psihică şi suferinţa organismului.

Eşecul defenselor se traduce, în general, prin *apariţia angoasei* şi a unei *reacţii depresive*. Trebuie să înţelegem că simptomele nevrotice sau psihotice reprezintă o anumită soluţie a conflictului, chiar dacă această soluţie este un impas. Simptomele protejează subiectul de angoasă. Aceasta reapare atunci când simptomele sunt insuficiente. Ceea ce explică relativ buna toleranţă a pacienţilor faţă de propriile simptome. Toleranţă care este maximă în isteria de conversie, în care pacientul suportă fără cea mai mică plângere sau reacţie depresivă propriul handicap: este clasica „belle indiference" a istericilor în raport cu propriile simptome, indiferent de amploarea şi gravitatea acestora. Ruptura brutală a defenselor se poate traduce prin tablouri clinice care reflectă dezorganizarea Eului, care pierde contactul cu realitatea externă, aşa cum este cazul în stările confuzionale cu dezorientare temporo-spaţială. Este vorba despre o urgenţă psihiatrică ce necesită măsuri specifice.

Stările psihotice intense, cum ar fi bufeurile delirante, sunt susceptibile să răspundă unei revărsări a mecanismelor de defensă obişnuite, printr-o ruptură a investiţiilor obiectelor externe. Dar, ca în toate psihozele, mai există suprainvestirile lumii interne fantasmatice (deliruri/halucinaţii), cu recurgerea la mecanisme de defensă psihotice, cum este dezorganizarea propriu-zisă.

1. Angoasa

Definiţie: Ea este definită în mod clasic ca o teamă fără obiect. Definiţie care reflectă bine caracterul său aparent nemotivat şi, deci, iraţional. Prin aceasta, ea se opune fricii care răspunde unei

temeri motivate de un obiect sau o situație externă, resimțite ca periculoase.

Angoasa este, înainte de toate o experiență psihică, constituită dintr-o trăire a unui rău intern, cu senzația de iminență a unui pericol cu atât mai neliniștitor cu cât nu poate fi legat de orice defensă eficientă și orice tentativă de a controla situația, accentuând în schimb angoasa care se poate transforma în panică.

Acestei trăiri psihice, care-i conferă afectului de angoasă tonalitatea sa specifică, i se asociază adesea ceea ce numim *concomitențe fiziologice* ale angoasei. Acestea sunt constituite din senzații corporale diverse, cu caracter penibil, chiar dureros și care afectează esențialmente musculatura netedă și sistemul nervos vegetativ: senzații de gât contractat, nodul de angoasă esofagiană, precordialgii, manifestări dispneice, dureri gastrice. Aceste senzații pot fi, în principal, subiective, sau se însoțesc de tulburări neurovegetative nespecifice, întâlnite în toate stările de stres: tahicardie, modificări vaso-motrice, tulburări de transpirație, ale tranzitului intestinal, lipotimii, etc.

Trăirea psihică și concomitent trăirile fiziologice pot fi intense, mergând până la criza de angoasă maximă și raptusul anxios, în care posibilitățile de control al Eului sunt total abolite, putând conduce la acte periculoase și necesitând măsuri de calmare a urgenței. Ele pot, din contră, să evolueze la minim, formând un fond continuu de *anxietate*.

Modalități de exprimare: Afectul conștient al angoasei cere, pentru a fi recunoscut ca atare de către cel în cauză, un travaliu de reprezentare mentală. Această „mentalizare" a angoasei nu este întotdeauna posibilă și, în acest caz, afectul de angoasă nu va fi recunoscut și nu se va exprima decât prin componentele somatice și fiziologice.

Ca orice afect, angoasa necesită, pentru a putea fi recunoscută, resimțită și denumită de către subiectul însuși, ca acesta să fie capabil de o activitate de simbolizare și să fie suficient de unificat și coerent pentru a-și percepe afectele ca aparținându-i. Dacă aceste condiții nu sunt realizate, ca în tulburările psihice de natură psihotică, subiectul va apărea angoasat în ochii observatorului, dar nu va resimți acest lucru el însuși. El va traduce starea generală de rău pe care o resimte prin plângeri la nivelul corpului, fără

leziuni organice, și chiar fără tulburări fiziologice (ipohondria). Aceste plângeri pot dobândi o tonalitate mai mult sau mai puțin delirantă, care traduce la nivel somatic trăirea psihică de angoasă: tensiuni care-l macină pe pacient, pierderea unui organ, senzația unei dureri care nu-l slăbește deloc și care va fi adesea tradusă cu aceeași abundență de calificative și de detalii cu care alții încearcă să exprime inefabilul angoasei lor.

Semnificații: pe planul înțelegerii sale psihodinamice, angoasa este în general înțeleasă ca având valoarea unui *semnal de pericol* pentru Eu. Ea traduce prezența unui conflict care, prin intensitatea sa, declanșează capacitățile de defensă și de elaborare a Eului. Angoasa are, deci, chiar un motiv de a exista, dar obiectul său este intern (conflictul psihic) și cel mai adesea inconștient.

Ea are ca și caracteristici pe aceea de a fi înainte de toate „imaginară", adică legată de realitatea psihică și repetitivă, adică legată de experiențele anterioare. De fapt, semnalul de pericol pe care-l reprezintă angoasa va funcționa adesea în măsura în care o situație prezentă va evoca o situație trecută trăită ca penibilă sau periculoasă. Evocare care se poate baza pe elemente pur simbolice, chiar pe ecoul pe care-l declanșează în noi un simplu cuvânt. Astfel, orice coincidență prea brutală între lumea internă fantasmatică refulată și elementele realității externe care o redublează, va fi susceptibilă să scurt-circuiteze travaliul de elaborare psihică și defensele, și să provoace angoasă. De exemplu, orice relație transferențială care reînvie emoții refulate va suscita o reacție de angoasă.

Într-o manieră generală, orice excitație psihică prea importantă este susceptibilă de a declanșa capacitățile de control ale aparatului psihic, care va reacționa prin angoasă. Aceasta reflectă o slăbire a posibilităților de stăpânire și de control ale Eului, și, prin aceasta, poate avea un rol dinamic, obligând la evoluție și la un travaliu psihic suplimentar. EA poate, astfel, să reflecte o evoluție a personalității și, orice situație de schimbare o poate face să apară: *Angoasa nu este, prin ea însăși, un fenomen patologic*. Totul va depinde de contextul în care apare ea, de intensitatea sa, de durata sa și, mai ales, de posibilitățile subiectului de a se reorganiza. Ea este, adesea, o motivație puternică pentru

o dorință de schimbare. Dar orice reorganizare, așa cum este ea dorită în cursul unei psihoterapii, presupune faze pasagere de dezorganizare semnalate prin apariția angoasei, care poate avea, atunci, o valoare pozitivă și însoțește conștientizarea necesară a conflictelor refulate. Ea nu necesită, deci, în mod obligatoriu, un răspuns chimioterapic, din contra, ea justifică întotdeauna o încercare de a-i da acestuia un sens. Dar mai important, declanșând capacitățile de elaborare practică a subiectului, ea va adăuga propriile sale efecte dezorganizatoare la cele care i-au dat naștere și va necesita atunci o recurgere la efectele sedative ale tranchilizantelor sau ale neurolepticelor, pentru a permite Eului să-și regăsească capacitățile de funcționare.

Înțelegerea psihodinamică a angoasei a permis degajarea, dincolo de prezentarea simptomatică care poate părea asemănătoare, a mai multor nivele de semnificație, după tipul de conflicte care o susțin. Angoasa poate reflecta conflicte între instanțe bine diferențiate ale unui Eu relativ puternic și individualizat: conflicte între Sine și Supraeu, în general. Acesta din urmă, prin interdicțiile sale, vine să perturbe realizarea dorințelor Sinelui și să limiteze posibilitățile de plăcere ale subiectului.

• Prototipul ei este *angoasa de castrare*, legată de conflictul oedipian. Pentru a scăpa de acest pericol imaginar, subiectul va putea să-și impună un fel de castrare preventivă, limitând până la un punct capacitățile sale și plăcerile sale. De exemplu, se observă adesea la pacienții care au conflicte oedipiene rămase încă foarte vii, apariția unei angoase cu exprimare somatică prevalentă la „handicapați", cu ocazia căsătoriei lor, a nașterii unui copil, a unui succes profesional, ca și cum ar trebui să plătească într-o parte ceea ce au câștigat în altă parte. Este aceeași amenințare inconștientă a unei pedepse care a dus la expresia populară că nu trebuie să fii niciodată prea mulțumit, sau să manifești această stare, deoarece Dumnezeu te va pedepsi. În cazul dispariției figurii paterne sau al unui accident suferit de un coleg de aceeași vârstă și apropiat, apar neliniști somatice, chiar tulburări fizice autentice. Totul se petrece ca și cum pacientul ar încerca astfel să prevină ca un asemenea lucru să i se întâmple lui, și asta cu atât mai mult cu cât el se afla în rivalitate cu aceste

persoane și poate, în secret, să resimtă bucurie văzându-le diminuate astfel.

• *Angoasa de abandon* reprezintă teama de pierdere a obiectului iubit, de care se simte dependent și care este resimțit ca fiind absolut necesar pentru a menține coeziunea Eului. Unitatea și coeziunea Eului nu sunt amenințate, dar subiectul nu este suficient de autonom și individualizat (insuficiență a identificărilor) pentru a se elibera de obiectul cu care se află în relație de dependență. În patologie, putem regăsi această angoasă în stările-limită (între nevroză și psihoză), nevroza de angoasă, structurile psihosomatice și ceea ce reunim sub numele de conduite de adicție (adictive): alcoolism, toxicomanie, etc.

Nu mai este vorba, ca în forma precedentă, despre o angoasă legată de un conflict între dorințe și interdicții, ci de o amenințare asupra însuși Eului, dacă acesta pierde sprijinul obiectului care îl susține. Se înțelege, totuși, că conflictul de interdicție poate deschide spre acest tip de amenințare de abandon, prin pierderea iubirii obiectului care este purtătorul interdicțiilor.

• În fine, *angoasa de divizare* este forma cea mai gravă și cea mai arhaică de angoasă, deoarece amenințarea se referă la însuși fundamentul Eului, sentimentul de a forma o unitate și de a reprezenta o continuitate. O perturbare la acest nivel nu se întâlnește decât în tulburările grave ale personalității (psihoze).

2. Depresia

Semnificația psihopatologică: Ea reflectă, ca și angoasa, o slăbire, cel puțin parțială, a mecanismelor de defensă elaborate. Ea se traduce printr-o regresie a Eului, care abandonează total sau în parte investirile anterioare pentru a se replia pe sine și pe lumea sa interioară. Agresivitatea urmează acestei mișcări de repliere și se orientează spre Eu în numele interdicțiilor sau al idealurilor sale, mergând până la auto-acuzare la melancolic și la auto-distrugere.

Putem spune despre depresie ceea ce am spus despre angoasă. Ea nu este în mod necesar dovada unui eșec și poate reprezenta o modalitate normală de repliere și de regresie a personalității în fața traumatismelor externe, doliul obiectelor actuale sau infantile, conștientizările conflictelor latente, abandonarea simptomelor sau

a pozițiilor defensive. Ea necesită întotdeauna ajutor și susținere. Dar depresia nu trece neapărat prin chimioterapie. Trebuie totuși să notăm că această mișcare regresivă a depresiei are adesea o puternică conotație orală: bulimie, apetență pentru tot ceea ce se înghite, mai ales medicamente, relații cu adevărat devorante. Nu trebuie neglijată această nevoie de satisfaceri orale și, fără a o favoriza, trebuie să ținem cont de răspunsurile terapeutice la nivelul regresiei.

Rușine și culpabilitate: Se disting două mari tipuri de trăire psihică a depresiei. Depresiile legate de un conflict dominant cu Supraeul și interdicțiile, având în spate, dacă există nesupunere, pierderea legăturii de iubire cu figurile parentale, care au ca trăsătură dominantă sentimentul de culpabilitate; și depresiile cu sentimentul de rușine și de inferioritate, efecte ale comparării cu un Ideal al Eului exigent.

Dar modurile de expresie a depresiei pot fi extrem de variate și de înșelătoare. Alături de trăirea depresivă francă, cu ruminație mentală și expresia unui conflict există forme mult mai insidioase și dificil de reperat.

Formele cu expresie pur somatică: Aici intră cefaleele, tulburările digestive, diversele algii, și, într-o manieră generală, plângerile (acuzele) corporale, cum întâlnim în ipohondrie. Ca și în trăirea depresivă, asistăm, legat de acuzele corporale, la o dedublare a personalității (în care regăsim conflictul între instanțe): subiectul se plânge de o parte a lui însuși, care devine astfel o prezență străină. *Dar este vorba despre o prezență cu care subiectul întreține o veritabilă relație, care este de tip sado-masochist*: subiectul se plânge de organul său, dar nu încetează să se gândească la el și, prin intermediul său, el se adresează personajului de care acest organ este legat. Ca orice relație sado-masochistă, acuza depresivă este adesea foarte tenace: datorită agresivității conținute de relație, a înceta să te gândești la această relație ar însemna să riști să o pierzi și să o distrugi definitiv și trebuie, prin urmare, ca permanent să te asiguri că ea continuă să existe. Medicul ar trebui să știe să caute alte semne de depresie și să se plaseze într-un context care poate explica o reacție depresivă, pentru a o pune pe aceasta în evidență și a o trata.

Depresia „esențială" prin abandonarea oricărui interes și a oricărei forme de investire. Nu mai există aici un conflict reperabil, de luptă interioară, ci o veritabilă hemoragie a motivațiilor subiectului, care nemaiavând nici un obiectiv, nici un ideal, nu mai are nici motive să se plângă. Este, desigur, forma cea mai gravă de depresie, pentru că este cea mai greu mobilizabilă. Apare, în general, în cursul evoluției unor forme de psihoză pentru care nu s-a găsit un tratament satisfăcător. Poate constitui, de asemenea, fundamentul bolilor psihosomatice, una dintre formele acesteia fiind „depresia primară" a copilului aflat în situație de carență afectivă (Spitz-Kreisler).

Evaluarea riscului suicidar: Înainte de toate, medicul trebuie să fie ferm în poziția sa în raport cu suicidul: dorința de a trăi și de a muri există în fiecare: terapeutul trebuie să fi ales să trăiască – dacă nu, indecizia sa se va transmite, adesea într-o manieră non-verbală, la pacient, încurajându-l astfel în decizia sa suicidară. De asemenea, este periculos să gândești, odată cu pacientul, că moartea este singura soluție posibilă.

A doua condiție prealabilă este de a nu se simți legat de o concepție naivă asupra libertății de a alege, ca și cum suicidarul ar avea o alegere: starea suicidară este o stare de criză mai mult sau mai puțin accentuată, care are un debut și un final.

Primul mod de a preveni suicidul este de întreba pe cineva care are motive de a se gândi la sinucidere, dacă vrea să o facă.

A vorbi despre eventuala sa dorință de sinucidere unui bolnav deprimat nu înseamnă „a-i da idei", deoarece putem fi siguri că această dorință i-a trecut prin cap într-un fel sau altul. Din contră, teama de a vorbi despre acest lucru poate fi un mod de a-l împinge să acționeze, deoarece se simte neînțeles, singur și neluat în serios.

Acest lucru trebuie făcut într-un mod simplu și clar, în funcție de ceea ce este considerat a fi mai ușor de realizat în relație (Vă gândiți la moarte? Vreți să muriți? Etc.) La o întrebare exprimată fără jenă, se va răspunde întotdeauna cu un da sau nu lipsit de incertitudini.

Terapeutul trebuie să caute apoi să afle dacă există un plan suicidar precis, care este mult mai neliniștitor decât o idee încă

vagă de sinucidere. În plus, descrierea acestui plan constituie adesea un veritabil echivalent emoțional, care contribuie la limitarea riscurilor de realizare.

La fel, descrierea precisă a elementelor care au declanșat starea suicidară este suficientă adesea pentru a înlătura „aura" de rușine, de teroare, de fatalitate, care există în imaginația pacientului, ajutându-l pe acesta să le relativizeze.

Dacă riscul suicidar a apărut, medicul generalist trebuie să ceară sfatul unui psihiatru, pentru a cunoaște mai precis structura personalității, având grijă să-l convingă pe bolnavul său că nu este vorba nici despre o respingere, nici despre un abandon, ci este dovada unei griji cu sens protectiv și a unui interes real pentru conflictele și dificultățile sale.

Se poate, atunci:

- fie să se decidă spitalizarea;

- fie să se încerce un tratament ambulatoriu de susținere; cu condiția ca subiectul să fi luat, împreună cu medicul său, decizia explicită de a trăi și să fi acceptat de a căuta alte soluții decât moartea.

Medicul nu trebuie să ezite să-și dovedească solicitudinea și să introducă "bariere protectoare": suprimarea medicamentelor periculoase, întâlniri frecvente, instalarea bolnavului într-un loc sigur și protejat...

Două principii pot ghida atitudinea medicală:

- *a lua întotdeauna în serios o amenințare cu sinuciderea și a face cunoscut acest lucru pacientului.* Trebuie ignorat termenul periculos de „șantaj", care nu este decât manifestarea unui apel la relaționare, la care este bine să se răspundă pozitiv și cu seriozitate;

- trebuie, însă, în același timp, *să se evite ca angoasa, mai ales cea a mediului, să devină contagioasă*, și nu trebuie ca la angoasa pacientului să se adauge propria angoasă a celui care îngrijește; a-și cunoaște limitele și a le exprima către pacient cu fermitate, arătându-i acestuia:

• că, cu arma suicidului, el va fi întotdeauna cel mai tare, deoarece cel care-și pune viața în joc are întotdeauna mai multă greutate decât cel care ține să și-o păstreze. Dar este o forță care,

până la urmă, este derizorie și absolut în detrimentul său;

• că nimeni nu i se poate substitui și nu-i poate oferi o protecție totală;

• că dorința sa de suicid exprimă o mare decepție și chiar reproșuri mascate împotriva celor însărcinați să se ocupe de el, începând cu medicul său, reproșuri care se întorc în întregime asupra lui.

Aceste principii se pot rezuma la:

- a-și dovedi interesul și înțelegerea gravității situației;

- a marca ferm limitele și a sublinia dimensiunea agresivă a suicidului, datorită reproșurilor mascate.

Ele sunt cele pe care le regăsim ca bază a unei atitudini educative și de aplicație absolut necesară cu personalitățile considerate „orale".

Dar un avertisment: *orice suspiciune de depresie melancolică impune o spitalizare în mediu specializat.*

3. Descărcarea în corp (somatizarea)

Descărcarea în corp a tensiunii conflictuale, nu doar în sensul simbolic al conversiei isterice, ci în cadrul atingerilor somatice, reprezintă de asemenea, eșecul defenselor mentalizate. În absența unui sens care ar putea fi dar al întregii vieți mentale, descărcarea pulsională se face masiv la nivelul unui organ, provocând în cele din urmă o leziune.

B. Tulburări ale expresiei de manifestare comportamentală

Orice tulburare psihopatologică implică o perturbare a comportamentului. Dar sub această denumire sunt înțelese tulburările caracterizate preferențial printr-o manifestare la nivelul lumii externe, în detrimentul unei elaborări mentale și a utilizării mecanismelor mentale de defensă. S. Consoli (1985), în conformitate cu specificul psihologiei clinice, prevede în acest sens:

1. Trecerea la act

Trecerea la act deține aici un loc fundamental, care ne permite să sesizăm sensul și rolul său în menținerea homestaziei psihice. Ea reprezintă o tentativă de rezolvare a tensiunii legate de un conflict printr-o descărcare imediată. Aceasta vine în locul unei

conștientizări, pe care o înlocuiește evitând-o. Trecerea la act permite astfel economisirea unei elaborări mentale, a unei creșteri excesive de tensiune și a gravității foarte variabile, asociindu-se sau nu, în proporții infinite, formelor defensive mentalizate citate mai sus. Ea se poate traduce, la nivelul motricității și a comportamentului social, ca *și la psihopați și delincvenți,* care se caracterizează prin brutalitatea și impulsivitatea reacțiilor: lovituri și răniri fizice, diverse agresiuni, crize clastice (a sparge un obiect), actele delictuale. Orice situație motivantă pentru aceste acte, și există adesea situații anxiogene, declanșează o reacție imediată, fără a mai fi vorba despre o luptă interioară compulsivă, ca la nevrozat, nici despre gândire care să însoțească actul. Consecințele actului nu sunt luate în considerare, dar nici nu putem spune că ele sunt total ignorate de psihopat.

De fapt, ceea ce frapează observatorul este *caracterul repetitiv al conduitelor psihopatice*, și faptul că ele conduc adesea la o acțiune limitativă, chiar punitivă din partea anturajului. Psihopatul pare a avea nevoie de acest tip de reacție și de a o căuta în mod activ. Pare să se supună în demersul lui unei motivații inconștiente foarte constrângătoare și totul se petrece ca și cum acestui anturaj îi este delegată o parte dintre funcțiile aparatului psihic al individului și mai ales funcțiile de stăpânire, de organizare și de interdicție care fac posibilă așteptarea și amânarea căutării plăcerii. Mediul joacă un rol de complement al aparatului psihic, analog celui deținut de mamă cu copilul său. Psihopatul rămâne astfel fără a ști acest lucru, dependent de un anturaj de care nu se poate degaja chiar atunci când crede că i se opune. Este una dintre formele alienării.

2. Conduitele adictive

Sub această denumire, de origine anglo-saxonă, sunt grupate conduitele dominate de dependență față de o nevoie imperioasă și de obiectul susceptibil să o satisfacă: alcoolismul, toxicomania, tulburările de conduită alimentară (bulimie - anorexie mentală).

Ele se caracterizează, sub raport psihopatologic, prin deplasarea relațiilor de plăcere care privesc persoane sau reprezentări fantasmatice, asupra relațiilor de trebuințe legate de un obiect material din realitatea exterioară: alcool, droguri, hrană.

Este vorba despre personalități dominate de o problematică relațională orală. Invidia, cu dimensiunea sa destructivă și vampirică, joacă aici un rol determinant; relația este de tip esențialmente matern și figura mediatoare a terțului patern nici măcar nu apare. Ordinul simbolic și cuvântul nu sunt deloc sau doar puțin investite și nu au nici o importanță pe lângă plăcerea imediată și sentimentul de triumf pe care-l procură satisfacerea nevoii.

Înțelegem securitatea și relativul confort pe care-l aduce acestor persoane recurgerea la acest substitut obiectal material. El este, potențial cel puțin, întotdeauna la dispoziția lor, poate fi înnoit, în întregime posibil de stăpânit și fără conflicte posibile, total absorbabil și se confundă cu ei. Dar, și asta este problema cea mai gravă, îi lasă întotdeauna la fel de goi, de singuri, și de nesătui.

Abandonarea brutală a unor asemenea conduite, datorită unui tratament neadecvat și a lipsei de susținere psihoterapeutică, poate fi un factor de ruptură gravă a echilibrului bolnavului și poate induce o reacție depresivă, un suicid, o decompensare psihotică.

Se înțelege, de asemenea, că tentativele de mobilizare a unor asemenea conduite, chiar practicate cu precauție și competență, se vor însoți inevitabil de momente dificile, cu accese de angoasă și momente depresive.

Înțelegerea problematicii tentativelor ne poate permite să adoptăm atitudini susceptibile de a le schimba. Ele sunt de două feluri și nu pot fi eficiente decât dacă le folosim în mod complementar:

- *a le asigura o securitate obiectală, asigurându-le o continuitate relațională*, singura capabilă să le micșoreze neliniștea și căutarea nesfârșită;

- *a pune limite disponibilității noastre și voracității lor*, singurul mijloc pentru:

• a introduce o mediere între ei și noi și de a evita confuzia între ceea ce sunt ei și ceea ce suntem noi, ceea ce au ei și ceea ce avem noi, autorizându-le astfel să existe pentru ele și să aibă lucruri ale lor;

• a permite o anumită manipulare a agresivității, creând ocazii de conflicte care devin astfel mai ușor de stăpânit, deoarece se referă la un anume element și nu amenință relația, cel puțin din

partea noastră; conflictele sunt astfel făcute mai puțin pasionale decât dacă ar fi urmat unei iluzii de partaj absolut și de înțelegere totală, care sunt, mai devreme sau mai târziu, inevitabil decepționante;

• de a le procura o ocazie de a ne da ceva, respectând regulile pe care le-am stabilit în prealabil. Este o probă că nu sunt goi și că poartă în ei lucruri care ne-ar putea interesa;

• de a da sens și valoare la ceea ce oferim, arătând că acest lucru ne costă și că capacitățile noastre nu sunt inepuizabile.

Concret, acest lucru se poate realiza prin intermediul *unui fel de contract* făcut cu ei, fixând clar regulile de funcționare. Orice încălcare a contractului va trebui evidențiată și sancționată fără milă, după modalitățile prevăzute, acesta fiind singurul mijloc:

• de a le deschide posibilitatea de reparație,

• de a le scădea agresivitatea și culpabilitatea, permițându-le să repare, dar și autorizându-i, de fapt, având un motiv precis pentru a o face;

• de a valoriza contractul și, prin intermediul său, ei înșiși să-și dea seama de importanța pe care noi i-o acordăm și deci de interesul pe care îl avem pentru ei.

Dar, pentru ca acest lucru să fie posibil, trebuie să existe un minimum de interes, și deci, de relație, între noi și ei. Din partea noastră, de a crea condițiile adecvate pentru a suscita acest interes inițial indispensabil și de a nu-i dezamăgi. Dar acest tip de relație adictivă se poate regăsi independent de orice „obiect-drog" anume, nemanifestându-se decât prin calitatea relațiilor pe care le stabilesc cu diverse persoane. Medicul are toate șansele de a întâlni asemenea personalități dependente și avide, dornice de consumare medicală și devoratoare de timp. După o perioadă de toleranță mai mult sau mai puțin îndelungată, tentația este mare pentru medic să se elibereze de acești pacienți mai mult sau mai puțin brutal; de fapt, cu cât se caută îndepărtarea lor, cu atât aceste persoane se agață, deoarece ele nu suportă nici separarea, nici pierderea, nici singurătatea; perspectiva îndepărtării de obiect îi panichează, le accentuează angoasa și îi constrâng să se agațe și mai tare. Singura atitudine terapeutică este cea a contractului.

3. Tulburările de dezvoltare

Există un număr mare de tulburări de dezvoltare ale bebelușului și copilului, care reprezintă căi de derivație posibile la conflictele pe care aparatul lor psihic încă imatur nu le poate elabora. Acest tip de răspuns este indus puternic de atitudinea părinților, al căror aparat psihic ar trebui să le servească de legătură la cel al copilului. Dacă ei înșiși au dificultăți în îndeplinirea acestui rol, ei riscă să favorizeze răspunsuri somatice sau comportamentale la copiii lor. Vom putea vedea, astfel, apărând, induse de către situații conflictuale adesea latente și camuflate de către simptome, tulburări de conduite: alimentare (anorexie-fobii la alimente), excrementiale (encoprezie, enurezis), tulburări psihomotorii (ticuri, tulburări de lateralizare...), tulburări de învățare (cuvânt-lectură-scris-calcul).

Poate apărea astfel o distanță între blocajul unei funcții și dezvoltarea armonioasă – a restului personalității copilului. Aceasta poate reprezenta în sine echivalentul unui simptom, poate lua valoare de compromis, poate șterge orice angoasă și tensiune. Personalitatea se organizează în jurul acestei distanțe, care îi permite un anumit echilibru și o dezvoltare aparent satisfăcătoare. Acest tip de organizare constituie ceea ce a fost numit de către P.Male și R.Mises *dizarmonii evolutive*, denumire care marchează faptul că evoluția personalității se face în jurul acestei distanțe. Se înțelege, în aceste condiții, pe de-o parte că viitorul funcției perturbate este puternic compromis, pe de altă parte că o tentativă de tratament care nu ține cont de faptul că doar reeducarea tehnică a acestei funcții, fără a ține cont de rolul jucat de această perturbare în echilibrul ansamblului personalității, este sortită eșecului. Acest echilibru este adesea precar și tulburarea are tendința de a câștiga în extensie în cursul maturizării. Adolescența constituie adesea etapa decisivă care marchează evoluția într-un sens clar patologic. Dacă tulburarea se referă la funcțiile intelectuale, putem vedea apărând tabloul clinic al unei pseudo-debilități, de fapt pur funcțională și fără nici o bază neurologică.

Vom individualiza două tipuri de tulburări ale conduitei care, prin frecvența lor, prin importanța lor individuală și socială, prin prezentarea lor uneori spectaculoasă și bruiantă, solicită în mod special medicii și personalul medical în general.

4. Tulburările conduitelor sexuale

Putem vorbi despre ele în mod individual, dar ele pot însoți practic toate tulburările psihopatologice, nevrotice, mai ales. Tulburările se pot referi la funcție în sine (impotență, frigiditate, tulburări de ejaculare, etc) sau la obiectul sexual (perversiuni).

Actul sexual, ca toate conduitele umane elaborate, este complex și cere, pentru a se derula, intervenția mai multor niveluri, strâns legate între ele:

- *Nivelul efectorilor anatomici și fiziologici*: organe genitale, inervație, reglare hormonală;

- *Nivelul motivațiilor, care se organizează încă din primele etape ale formării personalității.* Este forma dată nevoii sexual fiziologice de către relațional și cultural. Dorința sexuală este „informată" prin ansamblul experiențelor relaționale ale copilului care sunt interiorizate și constituie organizarea fantasmatică.

La animal, comportamentul sexual va fi provocat de către „declanșatori" exteriori (legați de miros, de vedere, de audiție), constituind semnale a căror direcționare precisă și specifică va fi responsabilă de derularea secvențelor comportamentale legate unele de altele după o ordine bine stabilită.

La om, rolul acestor „declanșatori" externi va fi considerabil diminuat în profitul *veritabililor „declanșatori" interni, care sunt fantasmele*; și dacă primii au încă un rol care nu poate fi neglijat, ei acționează cel mai adesea în corelație cu cei din urmă.

Contextul afectiv, culpabilitatea vor avea un impact important. Există numeroase situații cu o valoare simbolică susceptibilă de a reînvia angoasa de castrare: accidente, decese în anturaj, adică al unor persoane cu care subiectul nu avea legături afective, dar cu care se putea identifica datorită vârstei, profesiei sau a unei caracteristici oarecare, dar însemnată pentru el. La fel este cazul evenimentelor simbolice, cum sunt căsătoria, oficializarea unei legături, nașterea unui copil. În toate aceste cazuri, putem asista la schimbări brutale ale vieții sexuale, cu impotență la bărbați, frigiditate la femei.

Natura afectelor mobilizate de către relațiile sexuale joacă de asemenea un rol important. Culpabilitatea și agresivitatea care-i este adesea atașată fac parte din orice relație sexuală. Devenite prea importante, mai ales prin persistența conflictului oedipian, ele pot

împiedica derularea actului sexual. Se întâmplă adesea ca, în viața sexuală, să se facă o separare foarte netă între o tendință tandră și o tendință sexuală, cu separarea concomitentă a personajelor. Fantasmele sadice sunt, de altfel, un ingredient obișnuit în revistele pornografice.

Acest impact al fantasmelor rezultă, de asemenea, din efectul stimulant al solicitării fantasmatice procurate prin lecturi, povești, reverii, a căror evocare în cursul coitului poate fi de mare efect. Numeroase informații arată că perspectiva graviditățiii posibile poate fi, la anumite femei, și la partenerii lor masculini, o condiție a orgasmului, explicând anumite tulburări ale vieții sexuale atunci când nu se folosește prezervativul.

Bărbatul nu copulează doar cu sexul său, ceea ce ar fi o situație cu totul abstractă, ci și cu capul. Asta nu înseamnă că anumite tehnici de condiționare nu trebuie luate în considerare, că doar mecanica aparatului sexual nu poate fi interesantă în anumite cazuri. Aceste abordări au adesea un efect deculpabilizator și solicită mai mult fantasmele exhibiționiste și voyeuriste, al căror efect excitant este obișnuit, fără a fi spus și recunoscut, evitând astfel culpabilizarea. Ele sunt interesante pentru subiecții puțin deschiși vieții lor fantasmatice sau, din contra, cu o preocupare excesivă legată de aceasta. În orice caz, indicațiile trebuie date de o persoană suficient de competentă și după o evaluare care ține cont de starea fiziologică și de structura personalității.

Perversiunile reprezintă și ele o dovadă a impactului lumii fantasmatice asupra vieții sexuale. Ele ilustrează vicisitudinile sexualității în relația sa cu obiectul-scop. Perversiunea desemnează o „deviere" în raport cu instinctul, definit ca și comportament preformat, propriu unei anumite specii și relativ invariabil în ceea ce privește îndeplinirea și obiectul său. La om, formele de perversiune pot fi multiplicate: ale „simțului moral" (delincvență), ale „instinctelor sociale" (proxenetism); prin perversiune se înțelege în sens mai larg *o deviație în raport cu actul sexual „normal", definit ca și coit care urmărește obținerea orgasmului prin penetrare genitală, cu o persoană de sex opus*. În mod clasic, se consideră a fi perversiune atunci când orgasmul este obținut cu alte obiecte (homosexualitate, pedofilie) sau prin alte zone corporale (coit anal, de exemplu) sau

chiar când orgasmul este condiționat de existența anumitor condiții extrinseci (fetișism, travestitism, voyeurism și exhibiționism, sado-masochism) care pot aduce plăcere prin ele însele.

Freud a transformat complet teoria perversiunii, creând o breșă în concepția tradițională a sexualității, pe care o rezumă astfel: „... pulsiunea sexuală lipsește la copil, se instalează în momentul pubertății, în strânsă relație cu procesul de maturizare: ea se manifestă sub forma unei atracții irezistibile exersată de către unul dintre sexe asupra celuilalt, scopul său fiind uniunea sexuală sau cel puțin acțiuni care tind către acest scop" (Trei eseuri asupra sexualității). Psihanaliza și observarea fără părtinire a copiilor au arătat că există o sexualitate infantilă care, întrucât este supusă jocului pulsiunilor sexuale non genitale, strâns legate de diversitatea zonelor erogene, și pentru că se dezvoltă înaintea stabilirii funcțiilor genitale propriu-zise, poate fi descrisă ca „dispoziție perversă polimorfă". În această perspectivă, perversiunea adultă apare ca persistență sau reapariția unei componente parțiale a sexualității. *Sexualitatea considerată normală nu este, deci, un dat al naturii umane, ci fructul unei evoluții complexe și întotdeauna mai mult sau mai puțin perfectă a individului*: „... instinctul sexual exclusiv al bărbatului pentru femeie nu este un lucru care vine de la sine (...), ci o problemă care are nevoie de a fi lămurită".

O perversiune cum este homosexualitatea, de exemplu, apare mai întâi ca o „variantă" a vieții sexuale. Homosexualii nu constituie o categorie aparte. Laplanche și Pontalis au definit sexualitatea umană ca „perversă" în fondul său, în măsura în care ea nu se detașează niciodată pe de-a-ntregul de originile sale, care o fac să caute satisfacția nu într-o activitate specifică, ci în „szucht- surogatul de plăcere" legat de funcțiile sau activitățile dependente de alte pulsiuni. În exercițiul însuși al actului genital, este suficient ca subiectul să se atașeze excesiv plăcerii preliminare pentru a aluneca spre perversiune.

Un anumit tip de perversiune va traduce fixația sau regresia la unul dintre stadiile evoluției libidinale. Problema pentru psihanaliză nu este aceea de a se situa în raport cu o normă socială, nici de a condamna așa-zisa perversiune, ci de a recunoaște conflictele care ar fi putut să provoace posibilitatea unei asemenea conduite. Conflictele sunt acolo și se traduc prin angoase, fantasme, mecanisme

de defensă, mai greu de observat decât perversiunea, dar care nu influențează mai puțin relația de obiect a celui în chestiune. În măsura în care acesta din urmă suferă din această cauză, își face și anturajul să sufere, sau este constrâns să adopte un comportament repetitiv, sunt necesare o abordare terapeutică și, deci, o încercare de înțelegere. Așa de exemplu, adevăratele probleme pe care le pune o conduită homosexuală nu sunt cele legate de practicile sexuale, care reprezintă efectele și nu cauzele, ci sunt legate de constrângerea legată de necesitatea de a stabili o legătură cu o figură asemănătoare cu sine. Caracterul insuportabil al diferenței sexelor în relația amoroasă este aspectul manifest al unui conflict major cu imaginea maternă, care nu a putut să-i asigure copilului o imagine satisfăcătoare și securizantă a lui însuși și l-a constrâns să-și construiască o imagine în oglindă, care vine să-i restaureze narcisismul amenințat permanent. La fel se întâmplă în donjuanism și nimfomanie, în care trebuie văzută fragilitatea narcisică, aviditatea orală, insecuritatea intensă și, deci, riscul depresiv care va fi, în ultimă fază, aspectul care trebuie tratat. Narcisismul său odată restaurat, subiectul va fi mai puțin tributar unei căutări obiectale cu scop de reasigurare. Dar în toate aceste cazuri, este important să se înțeleagă că tulburarea conduitei sexuale este un simptom care, sub aparența unui comportament similar, ascunde problematici diferite. Semnificația simptomului depinde nu de forma sa, ci de natura conflictului, el nefiind decât una dintre expresiile acestuia. Tratamentul și prognosticul depind de evaluarea conflictului și a personalității subiacente. Este complet abuzivă introducerea indivizilor în anumite categorii, care corespund unei anumite tulburări de conduită: homosexuali, perverși, alcoolici, drogați, etc..., este în plus foarte periculos, deoarece este vorba despre personalități fragile și dependente, care vor găsi în acest fapt ocazia de a se identifica cu un model pe care societatea l-a oferit.

5. Conduitele violente

Scopul nostru nu va fi acela de a face un inventar al acestora, ci de a repera care sunt principalele modalități de expresie, pentru a desprinde de aici o înțelegere, ca și atitudinile și răspunsurile care decurg de aici. Putem descrie, la modul schematic, 2 mari tipuri de violență: hetero și auto-agresivă.

• *Formele hetero-agresive* sunt cele mai întâlnite. Ele își găsesc expresia cea mai înaltă în trecerea la act violentă, impulsivă și incontrolabilă, descărcarea imediată, fără nici o elaborare mentală, și fără posibilitatea de a face altfel. Ea vine din reacția clastică la lovitură și la ucidere. Dezorganizarea psihică este maximă în marea criză clastică cu amnezie mai mult sau mai puțin completă a episodului trăit. Violența poate, de asemenea, să ia forma conduitelor antisociale: furt, delincvență, agresiuni sexuale, sadism, homicid.

• *Formele auto-agresive* se traduc adesea prin depresie cu autoacuzare și, la forma maximă, suicid. Ele se pot manifesta, de asemenea, prin numeroase variante de conduite de auto-mutilare. Este important *să reperăm dimensiunea agresivă și de furie existentă în spatele oricărei manifestări depresive.* Este o violență pe care subiectul o orientează asupra lui însuși, dar, de asemenea, dincolo de el, asupra celor care îl înconjoară și îl iubesc: în primul rând, cei care i-au dat naștere, dar și cei care se ocupă de el. *Reproșurile și criticile pe care cel deprimat și le adresează lui însuși sunt, de asemenea, orientate împotriva obiectului care a greșit, l-a abandonat sau nu îi dă ceea ce are nevoie pentru a corespunde imaginii lui ideale despre el însuși, pe care ar dori-o.*Este vital, de fapt, ca cei ce-l îngrijesc să știe să-i explice bolnavului această dimensiune a bolii sale, deoarece ea poate contribui la ieșirea bolnavului din replierea sa asupra propriei persoane, redând un sens relațional la plângerea sa și dovedindu-i interesul pe care-l manifestă anturajul față de el, anturaj care este, la rândul său, afectat și suferind. Această manifestare de interes îi arată celui deprimat că are încă o influență asupra mediului său și constituie cea mai bună dintre valorizări.

Conduitele agresive, indiferent de forma lor, au tendința de a se autoîntreține, provocând reacții în oglindă și respingerea din partea mediului. Angrenajul sado-masochist este adesea consecința acestei situații. Ele evidențiază adesea un mecanism de identificare cu agresorul și repetarea traumatismelor și a relațiilor frustrante inițiale, singura modalitate de a menține o relație cu obiectul și de a evita un doliu catastrofal. Ele se pot organiza pe modul de destructivitate orală: furie distrugătoare, respingerea a tot, sau relația vampirică care aneantizează partenerul; sau asupra modului de analitate: plăcerea de a-l constrânge pe celălalt, de a-l domina și de a-l stăpâni.

Relațiile de atașament de natură vampirică pot reprezenta o veritabilă violență față de obiectul iubirii. Acesta din urmă se regăsește total invadat, pierzându-și autonomia, constatând că este investit nu doar cu propriile sale calități, ci și ca suport imaginar al nevoilor celui care-l parazitează în acest fel. *O astfel de relație nu este rară în practica medicală, medicul putând fi investit ca obiect al trebuinței.* Orice raportare excesivă poate exacerba acest tip de relație, dând naștere la iluzii care pot deveni periculoase, deoarece sunt sursa unor decepții crude. Este vorba despre forme de relaționare care dovedesc fixații arhaice la mamă, asupra modului de relație simbiotică primitivă. Cea mai bună modalitate de a se situa și cel mai bun tratament rezidă în introducerea unui al treilea care poate fi aici funcția de îngrijire și ritualul medical, care aduce medicația și limitarea convenției culturale, ca și bariera tehnică. Această medicație poate permite restabilirea unei distanțe suficiente. Există forme de violență mai subtile, care nu se recunosc ca violente, și nu exercită decât efecte încă și mai pernicioase. Acest lucru se aplică mai ales tulburărilor de comunicare de tipul *relațiilor paradoxale sau ale descalificărilor*. Apropierea unui copil de către mama sa în scopuri pur narcisice, destinate doar propriilor nevoi și satisfacții, este o formă particulară patogenă, conducând la tulburări psihotice, adică o distrugere a individualității copilului și a capacității lui de a gândi prin el însuși. Efectul este cu atât mai periculos cu cât copilul nu se revoltă, deoarece mama sa dă impresia de a-l proteja și de a-i oferi totul. Orice mișcare de revoltă și de autonomie este trăită de către mamă ca o tentativă de a o distruge și o lipsă de recunoștință pentru devotamentul său. *Subiectul agresiv este, deci, un subiect aflat în suferință. Trebuie evitat ca lui să i se ofere un comportament în oglindă, exprimând aceeași agresivitate.* Această atitudine l-ar face să se simtă bine în propria lui atitudine, pe care chiar anturajul vine să o justifice, astfel, în mod secundar. Asta nu înseamnă că violența trebuie lăsată să se dezlănțuie fără limite. *A fi înțelegător nu împiedică atitudinea de a fi puternic și ferm. Nu trebuie confundată fermitatea cu represiunea. Aceasta întărește legăturile sado-masochiste și violența, cealaltă favorizează siguranța și securizarea.* În raport cu violența, trebuie evitate atitudinile de prestanță și raportul de forță. Este preferabil să se caute o cale nouă de exprimare,

încercând mai ales introducerea cuvântului în locul trecerii la act. Cuvântul permite așteptarea, simbolizarea și oferă timp și mijloace Eului și funcțiilor sale de a se restaura. Atitudinile au adesea o importanță primordială în fața cuiva extrem de violent: a dori să strigi mai tare decât el, a-l înfrunta, îl vor face pe individul respectiv să-și perceapă interlocutorul ca pe o amenințare și-i vor accentua agresivitatea acestuia; un individ așezat nu este perceput ca amenințător și este rareori lovit.

Violența are adesea o dimensiune de cerere, mai ales față de o nevoie de dependență resimțită ca extrem de constrângătoare. A fi violent este, astfel, un compromis care-i dă individului sentimentul că este independent, datorită opoziției sale, permițându-i totodată să păstreze o legătură, adesea intensă, dar nerecunoscută, cu obiectul. Acest tip de problematică funcționează mai ales în adolescență, când servește adesea ca defensă împotriva atașamentelor legate mai ales de sexualitate.

Încheierea unei crize de violență este adesea un moment propice pentru stabilirea unor contacte. Din nefericire, de obicei anturajul este înspăimântat. Dacă este utilă adesea, și chiar indispensabilă, sancționarea actului violent, oricare ar fi motivațiile sale profunde, pentru a atenua culpabilitatea și a ne dovedi capacitățile de conținere, nu la fel de potrivit este de a lua măsuri spectaculoase și de respingere. Trecerea la act violentă scăzând tensiunea internă, provoacă o sedare și permite instaurarea dialogului, cu condiția ca anturajul să știe să-l declanșeze, chiar să-l impună. Dacă există posibilitatea unui schimb, a unei înțelegeri suplimentare, el își pierde valoarea distructivă și devine unul dintre cele mai bune mijloace de a ieși din starea de repetitivitate. Când un serviciu psihologic, sau o echipă medicală sau de îngrijire, în general, au înțeles și experimentat acest lucru, ei pot ajunge la evitarea multor treceri la act, și când acestea din urmă intervin totuși, ei pot găsi spontan o soluție, fără a apela la psihiatru, și nici la transferarea în grija serviciilor de altă specialitate.

PERSPECTIVE DE ORDIN TEORETIC

Analiza comparată a comportamentelor umane

Psihologia personalității din punct de vedere clinic, așa cum se precizează în orice studiu de psihologie clinică, se ocupă de individul concret.Un nou sector al acestui domeniu încearcă de multă vreme să realizeze o legătură cu psihologia socială și folosește comparația psihologică pentru a explora caracteristicile individuale ale omului considerat în special ca membru al grupurilor psiho-socio-biologice. Se admite de exemplu ca fiind sigur că există variații mai mult sau mai puțin semnificative ale imaginii individuale, realizate în baza diferențelor psihologice dintre sexe. După cunoștințele actuale, aceste relații nu sunt fixe deoarece totul depinde de apartenență sau de atașament, mai mult de gradul de "rudenie" dintre individ și fiecare grup. Astfel, noi aparținem speciei umane, având o anumită vârstă, sex, naționalitate, suntem membrii unei profesiuni, ai unei clase sociale etc., deci suntem cumva condiționați și modelați de social, nu suntem pur și simplu absolut liberi de orice influențe. Analiza comparată studiază toate aceste particularități în mod extensiv, legate de influențele psihologice ale grupului, dar trebuie semnalat că rezultatele științifice bine fondate, sunt încă puține. Ele se referă la:

Sistemele de disponibilitate

Americanul, femeia, profesorul, copilul există ca realități psihologice distincte? Răspunsul ferm se așteaptă încă... Totuși apartenența noastră la grupuri psihosociologice caracterizează o parte mai mult sau mai puțin conținută de individualitatea noastră. Pentru o apropiere mai bună de problemă, ea se va subdiviza în trei aspecte principale: Ce vrea, ce trebuie, și ce poate. X

?...(femeia, moşneagul sau asiaticul de exemplu – diferenţa dintre grupurile contrare: bărbat, tânăr, neasiatic). Pornind de la aceste trei întrebări, trei domenii de cercetare relevate de analiza comparată, se vor constitui în încercarea analizării "sistemelor" de caracteristici psihologice ale grupurilor cu privire la manifestările lor "tipice". Ele sunt: sistemele de disponibilitate, de diferenţiere a rolurilor şi capacitatea de performanţă. Sentimentul de disperare în caz de sărăcie extremă, sau frica pentru securitatea lor la persoanele bogate, sunt unele exemple de disponibilitate lăuntrică, manifestate psihologic. " Presiunea grupului" (Benesch)declanşează o asemănare de comportament, care, în colectivităţile cele mai mari (naţie, religie, clasă socială) impune formele de reacţie unificată (de exemplu în expresia psihocomportamentală a durerii).

Sistemele diferenţierii de roluri

Prin termenul diferenţiere de roluri, în psihologia clinică se înţelege "comportamentul teoretic" al anumitor grupuri, de exemplu infirmiere, şcolari sau animatori de discotecă. Aceste roluri sunt indisociabile de alte două sisteme de comparaţie psihologică ("rolul feminin" de exemplu, depinde şi de necesităţi biologice). Dar ele sunt stabilite de asemenea şi prin convenţii sociale. Aceasta apare cel mai conturat în domeniul comportamentului sexual tipic, unde rolurile bărbatului şi ale femeii se modifică din anumite motive (după cum le tratează teoriile behavioriste, analitice sau cognitive), în timp ce în alte domenii, cum ar fi orientarea profesională generală, comportamentele prezintă într-o mare măsură, o anumită constanţă. Rolurile sexuale constituie tema principală a "cercetărilor asupra femeii"(Becker-Schmidt, 1992). Cele mai mari certitudini existente în diferenţele comportamentului agresiv tipic sexului, sunt acele diferenţe care demarchează, de asemenea şi rolurile considerate teoretice, adică rolurile diferenţiate psihologic unde se afirmă că băieţii au tendinţe mai mari spre agresivitate decât fetele.Se vorbeşte, în acest context, şi de o pretinsă nevoie crescândă de dependenţă, la femei (fenomenul Cerdillon), iar tendinţa spre dominare şi intensitatea impunerii intereselor părând mai marcante la băieţi; dar în ceea

ce priveşte agresivitatea în general, nu s-a stabilit nici o diferenţă notabilă de impulsivitate(în ciuda prejudecăţilor) între genul masculin şi cel feminin. Însă dispoziţia la anxietate, va depinde de vârstă şi de sex (Degenhardt, Trauntner,1979).

Sisteme ale capacităţii de performanţă

Majoritatea prejudecăţilor ideologice sunt legate de capacitatea de performanţă care-i diferenţiază pe indivizi.Ea se poate atribui fără discriminare la toate rasele, la clasele sociale defavorizate, la femei, la persoanele în vârstă, etc., precizând că o aptitudine inferioară de performanţă intelectuală, invocă justificativ, grupul lor de apartenţă socio-biologic .

Astăzi, se presupune mai ales o transformare a structurii inteligenţei odată cu vârsta biologică şi anume :

- o mărire a "inteligenţei legate de experienţă" (crystallized intelligence - inteligenţă convergentă, analizează mai precis faptele particulare);
- o diminuare a "inteligenţei panoramice"(fluid intelligence - inteligenţă divergentă, înţelegerea rapidă a unui ansamblu de fapte).

Privind dezvoltarea diverselor forme de inteligenţă, în psihologia clinică nu se mai caută azi să se descopere, motivele sociobiologice. Esenţialul este de a se admite situaţiile de start şi de a se ţine cont de importanţa finalizării, pe cât se poate, în raport cu vârsta; la fel este şi cu creşterea "înţelepciunii" sale, (diferenţierea psihică) ca şi "perseverenţa" sa (rigiditatea).

Perspectiva pulsională

Pentru o bună expunere a acestei problematici sunt necesare precizări legate de folosirea unor noţiuni, pe care le vom realiza în conformitate cu accepţiunile S. Consoli (1985-29- p 158)

1. Noţiunile de pulsiune-obiect-investiţie

Pulsiunea -este o forţă, un puseu care fac ca organismul să tindă către un scop. Ea constituie o sursă de excitaţie care stimulează organismul dinspre interior şi îl împinge să realizeze

anumite acțiuni susceptibile să provoace o descărcare a acestei excitații. Natura acestei forțe este relativ imprecisă, în măsura în care, dacă energia sa este biologică și nu poate fi diferită de ansamblul energiei fizico-chimice care acționează în interiorul nostru, ea nu poate fi cunoscută și percepută decât prin reprezentanții săi psihici.

Este vorba "despre un concept limită între psihic și somatic" (Freud: "Trei eseuri asupra teoriei sexualității").

Ea se poate defini ca:

- *un puseu* conceput ca un factor cantitativ "economic", pulsiunea fiind "reprezentantul psihic al excitațiilor provenite din interiorul corpului și ajungând în psihism, ca o măsură a exigenței activității care-i este impusă psihicului ca urmare a legăturii sale cu corporalul" (Freud - "Pulsiuni și destine ale pulsiunilor"), având:
- *o sursă*: excitațiile corporale;
- *un scop*: descărcarea excitației;
- *un obiect,* care este foarte schimbător, în funcție de istoria subiectului și de organizarea fantasmatică a dorinței sale.

Dacă primele două caracteristici sunt fixe: pulsiunea ca puseu aflat în căutarea unui obiect susceptibil să-i aducă satisfacție și să-l liniștească, având-și sursa la nivelul corpului, obiectul este extrem de variabil, în timp ce scopul se va putea schimba în modalitățile sale, dacă nu chiar în finalitatea sa.

Prin *obiect*, în teoria psihanalitică, se înțelege ceea ce este vizat prin pulsiune și care-i permite acesteia să-și atingă scopul: satisfacerea și liniștirea, reducerea tensiunii interne. Poate fi, în aparență, un obiect material, o persoană, subiectul însuși... dar *reprezentările mentale ale obiectului vor fi întotdeauna cele vizate prin pulsiune.*

De fapt, primele obiecte investite de către copil vor fi cele care-i vor aduce o satisfacere a nevoilor sale: în general, mama sa și anturajul său imediat. Ele au dat naștere unor reprezentări mentale interiorizate de către copil sub formă de fantasme și aceste fantasme vor fi cele care vor fi, ca urmare, investite prioritar. Copilul, apoi adultul nu se vor interesa de obiectele realității externe (persoane sau lucruri) decât dacă ele corespund

reprezentărilor mentale memorizate ale primelor obiecte, investite ca aflându-se la originea primelor experiențe de satisfacere și devenite reprezentări ale dorinței. Acestea din urmă sunt cele pe care subiectul va căuta în mod repetat să le regăsească și care vor constitui matricea pentru motivațiile sale ulterioare. Obiectul pulsiunii va putea fi subiectul însuși și vom vorbi atunci despre *narcisism*, care desemnează interesul tandru și dragostea purtată propriei persoane, prin referință la mitul lui Narcis. Pornind de la aceasta, vom distinge investițiile narcisice, îndreptate asupra subiectului însuși, și investițiile obiectale, care sunt îndreptate asupra persoanelor, altele decât subiectul însuși.

Noțiunea de *investiție* desemnează faptul că o anumită energie psihică, un interes sunt atașate unui obiect, în sensul său psihanalitic, adică a reprezentărilor sale mentale, cu aspirația de a regăsi experiențele de satisfacere care-i sunt asociate.

Care sunt aceste pulsiuni?

Concepția lui Freud este înainte de toate dinamică, adică de tip conflictual, orientându-se încă din start asupra antagonismului între două grupe de pulsiuni, dintre care una este întotdeauna sexualitatea , cealaltă - pe care o putem numi factorul anti-sexual - fiind extrem de variată.

1. Pulsiunea sexuală constituie incontestabil pivotul descoperirilor psihanalizei. Trebuie precizate de la început caracteristicile majore care o diferențiază net de noțiunea comună sexualitate. O energie specifică o susține în toate manifestările și transformările sale: *libidoul* (din latină: dorință, nevoie). "Libidoul este o expresie împrumutată din teoria afectivității. Numim astfel energia, considerată ca mărime cantitativă, chiar dacă ea nu este măsurabilă, a acelor pulsiuni care au de-a face cu tot ceea ce se poate înțelege sub numele de "iubire"" (Freud - "Psychologie collective et analyse du Moi", în "Essais de psychanalyse", Payot). Ca orice pulsiune, pulsiunea sexuală se situează la limita somatopsihică iar *libidoul* desemnează aspectul psihic al său. El este "manifestarea dinamică a pulsiunii sexuale în viața psihică". Libidoul acompaniază activitățile cele mai diverse, și, la limită, orice activitate este însoțită de libido. Acesta se întinde

inițial pentru marile funcționări fiziologice. Așa ar fi, de exemplu, cazul foamei copilului, a cărei satisfacere prin intermediul suptului va servi ca punct de ancorare pentru libido, plăcerea de a suge putând să se manifeste, prin urmare apoi, independent de foame și de nutriție. Unele zone corporale, zonele orificiale vor fi mai ales, reprezintă locul de fixație a libidoului, datorită funcțiilor lor privilegiate la nivelul satisfacerii nevoilor și rolului lor de comunicare cu exteriorul, formând limita subiectiv topică dintre înăuntru și în afară. Ele constituie *zonele erogene*: gura, anusul, aparatele urinar și genital extern, mamelon. Dar orice regiune cu suprafață cutanato-mucoasă poate funcționa ca zonă erogenă și orice organ poate fi obiectul unei investiri libidinale particulare, în funcție de investițiile subiectului sau de investițiile pe care le face în el anturajul său. Dacă această "plăcere de organ" devine excesivă și este căutată ca atare pentru ea însăși, se poate ajunge la manifestări patologice. "Propriu-zis, întregul corp este o zonă erogenă" (Freud - Abrege de psychanalyse, 1938, P.U.F.), chiar dacă anumite zone par predestinate acestei funcții. Este vorba despre acele zone care sunt implicate în devenirea ce constituie etapele esențiale de dezvoltare psiho-afectivă a copilului. Această diversitate de surse somatice ale excitației sexuale implică faptul că pulsiunea sexuală nu a fost de la început unificată, fiind inițial împărțită în *pulsiuni parțiale*, a căror satisfacere este locală. Acestea sunt susținute de aceeași energie libidinală, dar ele funcționează inițial independent și nu tind să se unifice sub primatul genitalității, decât în mod progresiv. Vestigiile activate ale acestor pulsiuni parțiale se regăsesc în preludiile actului sexual și în perversiuni. Tot ele sunt cele care stau la baza sublimărilor artistice, sociale, religioase, etc.

2. Pulsiunile de autoconservare şi pulsiunle Eului se opun iubirii. Ele reprezintă ansamblul nevoilor legate de funcțiile corporale necesare pentru conservarea vieții individului. Se opun astfel și pulsiunilor sexuale dirijate către ceilalți. Dacă pulsiunea sexuală este orientată către satisfacerea nevoii, lor le revine sarcina de a intra în competiție și de a fi sursă de conflicte care pot merge până la a provoca moartea individului. Astfel, plăcerea suptului se îndreaptă către satisfacerea nevoii de nutriție, dar, dacă aceasta

se sexualizează prea mult, funcția sa de nevoie, necesară supraviețuirii individului, se estompează în fața investiției sexuale, așa cum o dovedesc perturbările comportamentale alimentare de origine psihologică: bulimie, anorexie ș.a. Există o pervertire psihică a funcției biologice, care-și abandonează astfel rolul său în serviciul organismului, pentru a se dedica în întregime și uneori frenetic, satisfacerilor autoerotice.

Către mijlocul deceniului 1910-1920, cu articolul său "Pour introduire le narcissisme" (1914), Freud pare să abandoneze acest dualism pulsional fundamental, aducând auto-conservarea la o formă de iubire de sine, adică la libidoul Eului atunci când acesta devine obiect pentru pulsiunea sexuală. Este o formă de narcisism, adică de iubire trupească nefirească purtată *imaginii* de sine. Singurul antagonism se situează astfel între libidoul obiectal și libidoul Eului. Foarte rapid, Freud regăsește o poziție dualistă, odată cu apariția noțiunii de **pulsiune a morții**, care se opune pulsiunii vieții reprezentată de către libido. Ea ar tinde la reducerea completă a tensiunilor, adică ar tinde să aducă ființa vie la starea anorganică. Îndreptată în prima fază către interior și vizând autodistrugerea, ea este ulterior orientată către exterior, manifestându-se atunci sub formă de **agresiune** sau de **distrugere**. Aceste pulsiuni se regăsesc deopotrivă în nevrozele traumatice, în jocul copiilor, sau în unele forme patologice, cum ar fi melancolia. Puterii unificatoare și creatoare a unităților din ce în ce mai mari ale libidoului, ea le opune puterea sa de distrugere și de fărâmițare.

3. Agresivitatea

Cuprinde un ansamblu de conduite, realizate concret sau fantasmatice, care au ca efect vătămarea altora sau a propriei persoane: distrugere, atac, constrângere, provocare de suferințe, umilire; automutilare, autoacuzare, sinucidere, furie. Conduitele de agresiune sunt foarte răspândite.

Studiile neurofiziologice, pe animale, au pus în evidență rolul structurilor cerebrale și al mediatorilor lor chimici în declanșarea comportamentelor agresive, mai ales rolul hipotalamusului și al sistemelor limbice. Dar aceste studii au evidențiat, de asemenea,

și influența mediului în determinarea conduitelor agresive. *"Conjugarea mecanismelor cerebrale și a condițiilor de mediu poate determina biologic o conduită agresivă"* (Karli). Experiențele arată, de asemenea, că dacă comportamentul agresiv este asociat cu o experiență de plăcere, el devine *un comportament de apetență, care se autoalimentează și se întărește prin el însuși*. Teoriile psihologice asupra agresivității se împart între cele care insistă pe caracterul pulsional și înnăscut al agresivității și cele care accentuează aspectul său de reacție la frustrări și constrângeri venind din mediul exterior. În psihanaliză, pulsiunea morții pune accentul pe prezența, în organism, a unui potențial destructiv. În aceste condiții, principala amenințare este autodistrugerea, conduitele heteroagresive fiind întotdeauna secundare. Pericolul cel mai mare pentru individ este *replierea pe sine*. Adoptarea acestui punct de vedere conduce la punerea în valoare a *rolului vital al obiectului, care obligă subiectul să iasă din sine* și să-și dirijeze agresivitatea către exterior. Dacă climatul relațional are deopotrivă o parte pozitivă și libidinală, relaționarea la obiect permite astfel legarea libidoului și a agresivității, diminuând potențialul distructiv. În acest context, frustrările sunt nu doar inevitabile, ci și necesare, deoarece mobilizează agresivitatea și o leagă de obiect. Principalul pericol care amenință individul este replierea pe sine și diversele forme de autodestructivitate: suicid, conduite de eșec, boli psihosomatice, distrugerea schizofrenică a gândirii și identității. Distanța joacă și ea, la om, un rol important. O anumită distanță psihică este necesară pentru a garanta identitatea subiectului. Dacă două figuri se apropie prea mult, semănând foarte tare, fiecare individ se simte amenințat de depersonalizare și de confuzie de identitate, declanșând atunci reacții agresive, violente și chiar crime. Frații care sunt dușmani folosesc formele cele mai violente de agresivitate. Problema se complică datorită *legăturilor strânse dintre manifestările agresive și iubire*. Ura, de exemplu, privește în mod obișnuit persoanele care au fost iubite altădată, adesea chiar pasional. Ceea ce diferă cel mai mult de iubire nu este ura, care ar fi o imagine inversată a acesteia, ci indiferența. Ura este o formă de relație, indiferența

este absența unei relații. Ea este mai apropiată de moarte.

4. Comportament - fantasmă - conduită

· *Comportamentul* desemnează de obicei atitudinile cele mai manifeste, cele care sunt exteriorizate și trăite.

· *Fantasma* desemnează un scenariu *imaginar*, adesea cu mai multe personaje, punând în scenă dorințele subiectului, așa cum s-au organizat ele în cursul istoriei subiectului. Ea poate fi conștientă, și atunci o numim fantezie, sau inconștientă. Nu este direct perceptibilă de către un observator, ci necesită, pentru a fi exteriorizată, să fie comunicată de către subiect, sau să fie dedusă de psiholog din atitudinile sale. Descoperirea sa este deci, întotdeauna indirectă și necesită adesea o activitate interpretativă. Aceasta leagă între ele date aparent heterogene, pentru a face să apară un fond comun, care le susține și care este denumit *scenariul fantasmatic*. Scopul metodei psihanalitice este de a facilita exprimarea fantasmelor în așa fel încât ele să fie conștientizate, și deci mai ușor de stăpânit.

Lumea interioară a subiectului: reverii, dorințe, amintiri, vise, vor avea tot atâta importanță ca și actele concrete.

Conduita, ca noțiune, se leagă de o tradiție psihologică franceză (P.Janet, D.Lagache, D.Widlocher). Lagache dă următoarea definiție: "Ansamblul operațiilor (fiziologice, motrice, verbale, mentale) prin care un organism aflat într-o situație reduce tensiunile care îl motivează și își realizează posibilitățile". *Acest termen introduce o unitate care este cea a subiectului în situație*. Aceasta corespunde obiectului psihologiei clinice și psihologiei medicale. Această definiție introduce considerații legate de motivație, de scop și de semnificație, de care nu putem face abstracție, atâta vreme cât ne aflăm într-o situație concretă de viață și nu într-un laborator. Fantasmele iau naștere din interiorizarea conduitelor de interacțiune între copil și mediu. Interiorizate, asemenea conduite fantasmatice vor fi folosite ca modele de acțiune internă, ghidând atitudinile și comportamentele concrete ulterioare ale subiectului. Aceste conduite interiorizate își trag forța de impregnare și influența lor ulterioară asupra vieții individului, din precocitatea apariției lor la un moment în care

copilul este foarte recpetiv la experiențe. *Aceste conduite vor reprezenta motivațiile profunde pentru comportamentele ulterioare ale omului.* Așadar, evenimentele exterioare și obiectele întâlnite nu îl vor motiva decât în măsura în care ele intră în rezonanță cu lumea sa fantasmatică, care le conferă un sens și o tonalitate particulară, explicând extrema diversitate a reacțiilor la situații în funcție de individ. Influența lor se va face simțită și în propensiunea puternică a individului de a repeta în viață aceleași conduite în situații similare sau relativ asemănătoare.

Perspectiva motivațională

"Conceptul de motivație este fără îndoială conceptul central al psihologiei actuale", scria Ch. Buhler(1972). Acest concept explică trei aspecte generale :

1. *Stimularea* ca proces intrapsihic ("lucrul" care îl declanșează)

2. *Derivarea funcțională* - ("de unde" vine stimularea și "unde" este trimisă)

3. *Variabilitatea comportamentului* ("de ce" unul reacționează diferit de altul)

Astăzi mobilurile (motivele) sunt considerate mai puțin "cauze" decât motivele pentru că împreună sunt aproape indisociabile în a determina interacținea proceselor comportamentale. După George Kelly(1958),acest concept este adesea repus ca problemă în psihologia contemporană. De fapt, omul nu ar fi ceva"imobil" - cel mult pus în mișcare. El este tot timpul activat și dirijat mai întâi de interior și în mod complementar de exterior. Motivațiile sunt mai întâi modificări temporare ale activărilor constante ale mediului intern subiectiv. Din această perspectivă se pot distinge:

Motivația consumatorie

Stimulările declanșează un anumit comportament conform unor influențe determinante arbitrare, mai bine zis care este aproape imposibil să se subsumeze unui raport de tipul cauză –efect direct ("libertatea"fiind contingența esențială a motivației ca fapt psihodinamic subiectiv). Dar de fapt totul depinde de modul în care

sunt abordate impulsurile, în ce mod sunt "consumate": dacă se revitalizează, se slăbesc sau se modifică; dacă se utilizează într-un scop (motivație finalizată); dacă se reacționează într-un mod variabil sau în funcție de o atitudine durabilă ș.a.

Orientarea activității

Mobilurile sunt direcții date în orientarea activității, originea și destinația lor putând fi caracterizată în sens spațio-temporal prin diverse *nivele de activare:*

- De origine externă sau internă;
- Ambiție (inițiativă), sau inerțială (comoditate) ;
- Mobiluri pe termen scurt (fun morality)satisfacție imediată, sau pe termen lung (componenta morală);
- Dependente de mediu (de asimilare), sau o încercare de independență (reacție)
- Impulsiv-intempestive (determinant de moment), sau reflectat (elaborat în gând).

Organizarea activității

Din principiu, motivele sau mobilurile, sunt organizate într-un mod deschis, mai bine spus ar fi faptul că se pot prezenta într-o organizare (mobilul și reacția corespund întotdeauna) sau altfel sunt individuale și constante (relația lor fiind caracteristică persoanei preocupate), sau arbitrare (motivul, gândirea și acțiunea se leagă întro manieră variabilă).

Nivelul de eficiență

Toate motivațiile se schimbă doar în segmentul referitor la nivelul activării motivaționale specific situației inițiale:

Receptivitatea alimentară a persoanei sătule, diferă obligatoriu de cea a unui subiect înfometat.

În derularea motivației, de asemenea, transformările sunt necesare (schimbarea de mobil).

Alegerea de modalități

Fiecare posedă o serie de prezumții opționale, pentru mulțimea propensiunilor inconștiente asupra posibilității de alegere, care se observă în fiecare caz concret, individualizat. Pornind de aici el construiește versiuni ale planului său de viață (prin diviziune-

deducție pornind de la opinii generale; prin aglomerare aditivă– diverse mobiluri se adună pentru a forma o convingere).

Proiecția țelurilor

Dacă țelul este sigur, el este susținut de tensiunea interioară (progresiva așteptării) cu tot atât de multă intensitate, cu cât momentul satisfacerii se apropie și cu cât situația de concurență care în aceste împrejurări, acționează mai net. În mod simultan operează o concentrare ergică asupra țelului cu atenție selectivă (efectuând o alegere) care eclipsează celelalte țeluri, și atunci eforturile se intensifică (efect de apetență; gol sau minus graduat

Concentrarea excitației

Cotele tesional-emoționale sunt indisociabil legate de mobilurile motivaționale. Forța mobilurilor se reflectă psiho-fiziologic în creșterea excitației. Aici sentimentele negative (de ex. frica de evenimente înfricoșătoare) și pozitive (speranța satisfacției și împlinirii), se pot distinge sau se pot regăsi într-o manieră ambivalentă.

Conștiința retroactivă a rezultatului

Oamenii nu-și "suportă" numai motivațiile imperative și de aceea la începutul experiențelor lor, se crează o informație de schimb (o întoarcere asupra efectelor mobilurilor). De asemeni se naște progresiv din punct de vedere proiectiv o comoară(tezaur experențial), asupra propriilor motivații, reprezentînd conștiința funcțională a mobilurilor.

Dublul efect al rezistenței

Multitudinea mobilurilor nu sunt urmate de o împlinire imedită și nici rapidă fiindcă barierele sunt trasate între dorință și realizarea dorinței. Nu doar cele care intervin inerent, dar unele surprind și pot mări excitația de start.

Comparația socială

Mobilurile nu sunt doar o afacere strict personală. Anturajul și colectivitatea sunt și ele implicate în mai multe feluri. Anturajul furnizează mobilurile pentru imitare și le impune norme (limite).

Rivalitățile externe exercită de asemenea o influență asupra mobilurilor și societatea poate să le discrediteze ca prea puțin " la modă" (de ex. moda retro).

Cauzele impulsurilor

Impulsurile biologice sunt considerate ca și cauzele cele mai fundamentale și bazale. Ele asigură funcțiile vitale esențiale; respirația, mișcarea corpului, somnul, metabolismul și procrearea. Dar ar fi o eroare să nu se vadă decât simplul lor aspect de funcții biologice. Omul își investește motivațiile " într-un mod arbitrar"(și uneori liber).Aceasta semnifică faptul că datorită lor, în afară de scopuri (finalizări) biologice, se pot urmări scopurile suplimentare; de fapt, nu foarte rar, ele se transformă chiar într-o manieră neplăcută (nedorită), care îi cauzează prejudicii persoanei.

Ciclul de stimuli (stimulări)

Ca exemplu de alte impulsuri (denumite și"cauze primare") se va trata aici exemplificativ cu "pulsiunea alimentară".

Care sunt cauzele alimentării (alimentației)?

Se formează un ciclu de motivații precise închise de o serie de grupe de cauze, care se pot ajuta sau împiedica reciproc (problemele de alimentație generând între altele obezitatea).

Se disting șapte domenii ale motivației alimentare care, împreună, formează un "echilibru de bază"(*set point)* individual, dar putând deasemenea să se desolidarizeze în parte și să perturbe homeostazia persoanei. Practicile alimentare sunt învățate, apoi completate prin experiență. Starea fizică provoacă semnalele de foame. Pentru a da un exemplu : cantitatea de zahăr din sânge este semnalată în creier. Dar când stomacul este plin, semnalele de sațietate se produc mai târziu, pentru a mai putea exercita un control prea eficace.

Stările psihice intervin într-un mod retroactiv, deci compensatoriu.: ele modifică comportamentul alimentar(de exemplu plictiseala); tot așa și invers, de exemplu carența de vitamine acționează asupra stării generale dând maleza subiectivă. Apetitul sau atracția spre hrănire joacă și ea un rol: unele dulciri "le mâncăm cu ochii". Ritmul temporal influențează cel mai important

apetitul: când dejunul este servit cu regularitate la ora 13, ceasul biologic se manifestă exact la această oră. Solicitarea socială intervine în mod egal în acest proces complex de motivare deoarece mâncatul în societate modifică de asemenea comportamentul alimentar individual. Semnificația cognitivă, deci atitudinea cu privire la hrănire (de exemplu cea a vegetarianului), sau concepțiile ideologice (ideologii alimentare colective), pot marca puternic motivația alimentară. În numeroase religii, tânărul de exemplu are mai puțin curaj să se apropie de Dumnezeu, dacă nu realizează prealabil, o perioadă de abstinență alimentară.

Modificarea impulsurilor

Psihodinamica de impuls este aproape întotdeauna un act homeostatic, ceea ce inseamnă că este întotdeauna un proces de reechilibrare retroactiv; în timp ce succesiunile consolidate de tip excitare-reacție, sunt excepții. Astfel se acordă o mare importanță cauzelor variației reacțiilor de acest gen, la manifestarea comportamental impulsivă.

Se disting șapte tipuri de modificări care pot apărea potrivit a două tendințe complementare:

- Modificarea excitabilității (presiune sau drive)
- Modificarea atitudinii față de stimulare (selectare sau schimbare de "prismă", punct de vedere)

Termenul de suprapresiune se supune unui model de impuls, potrivit căruia nevoia biologică se acumulează până ce presiunea interioară depășește pragul de eliberare al supapei de siguranță. Astfel se poate explica intensitatea particulară a reacțiilor impulsive după o acumulare de energie de ex. la copii.

Opus modelului menționat, subpresiunea explică tendințele atrofiate, alterarea impulsului înaintea unei folosiri prelungite, unde capacitatea de declanșare este frânată.

Modelul *amânării* : reacțiile interpretează modelul consecințelor obstacolelor interioare (de exemplu angoasa) sau exterioare (de exemplu interdicții) pentru satisfacția pulsională. Amânarea reacției poate avea uneori un efect stimulant asupra formării dorinței.

Modelul *evitare* este deja observabil și în lumea animală sub forma activităților "non pertinente". Astfel când un pui de rang

inferior este scărpinat, ia un aer "rușinat" în loc să se apere.

De asemeni omul, între altele, se scarpină în cap, își aranjează cravata sau se joacă cu cheile. Comportamentul ludic și "comportamentul de confort" sînt interpretate în aceeași manieră. *Elanul* impulsului privește diversele condiții ale declanșării sale. Dacă o dorință este considerată ca dificilă sau inaccesibilă, poate conduce la reducerea sau exagerarea activității (resemnare sau supracompensare). "Noutatea" excitațiilor modifică de asemeni procesul psihodinamic al impulsului.

Decizia se impune când impulsurile depind de modelarea culturală. Ca efect, toate marile comunități au fost interesate de echilibrul social, de a constrânge și de a-și frâna impulsurile.

Impulsurile sunt supuse cenzurii judecăților axiologice, fiind vorba de valoarea de tip moral pentru acelea care ies din scara de valori recunoscută universal. Dar toate încercările făcute pentru a le formula în termeni universal-valabili au eșuat.

Cauzele excitațiilor

Se pune întrebarea "ce este un reflex"? Pavlov atrăgea atenția asupra cauzelor excitației, mai mult decât asupra cauzele impulsurilor. După acest autor, impulsurile sunt esențialmente de origine internă, iar excitațiile de origine externă fiindcă provin de la stimulii din ambianță. S-a vorbit de asemeni despre "presiune" și de tensiune în cadrul motivațiilor. Anumiți factori nu se exclud, dar se diferențiază prin centrul de gravitate a cauzei lor: ne amintim că unul ne face să acționăm, pe când celălalt ne determină să facem un anumit lucru.

Reacția de orientare

Securitatea (siguranța): orientarea activă se utilizează în jocul scării. Când un animal sau un membru al turmei paște, el scrutează sau observă fără oprire (necontenit) împrejurimile pentru a nu fi surprins.

Poziționarea (Dispunerea): așezarea într-un restaurant, fără a sta pe gânduri prea mult, demonstrează faptul că se preferă locul care protejează spatele. În culturile antice, cum ar fi în China politețea strictă cerea ca invitatul să se așeze cu fața spre ușă, în timp ce gazda îi întoarce spatele.

Sokolow (1963) a studiat reacțiile de orientare și a putut stabili că ele se manifestă:

- când intervin stimulii noutate sau situații complexe
- când situațiile semnaleză ambiguitate sau un pericol (de exemplu în cazul stimulilor contradictorii)
- când apar stimuli legați de propria persoană (de exemplu când este apelat numele său)

Sub efectul acestor stimuli corpul își modifică atitudinea sa de disponibilitate: atenție mărită (sau sensibilizare), mărirea tonusului muscular, accelerarea potențialului cerebral, creșterea reacțiilor vegetative.

Formarea intereselor

Etimologia conceptului de interes este ciudată. La originea lui se regăsește doar verbul inter-esse," însemnînd a se găsi în mijloc, a fi cu"; apoi el s-a substantivat în Evul Mediu, pentru a deveni actualmente un termen juridic semnificând "obligația de a plăti ceva în schimbul unui rău făcut".

În timpurile moderne, conținutul său s-a transformat în "bun prețios," sau "hobby privat" (cel care există încă și azi în literatura de specialitate engleză și franceză).

În prezent, acest concept este utilizat mai ales în sens psihologic, ca " tendința relațională psihodinamică ". Cu toate aceste precizări această definiție generală necesită câteva explicații complementare :

- La baza interesului se găsesc tensiuni psihice centrifuge, dirijate spre exterior, deci conținutul său de tip conștient este adesea nesigur; dar cînd îl avem sperăm să facem un lucru semnificativ.
- Pornind de la nenumăratele posibilități care ne atrag, atunci cînd avem un interes, noi sperăm, resimțind subiectiv o dorință, [illegible] mai mult sau mai puțin ardentă. Deci: " interesele se descoperă, dar nu se învață " (Tyler, 1956)
- Lucrurile selecționate prin inters ar trebui să pară agreabile, deoarece experiența lor suscită entuziasmul, și în aceleași timp, degajează o impresie de mister inefabil.
- Interesul nu se naște dintr-o preferință pe termen scurt ci

ea durează mult, fiind asociată cu devotamentul și cu dedicația.

- Majoritatea intereselor conduc la profesie și la plăceri (hobby); acestea acționează într-un mod vitalizant pentru persoană și sunt adesea revitalizate de societate.

La om interesele se dezvoltă în mai multe feluri dar sentimentul de satisfacție are și el o importanță majoră.

Interesul are un caracter specific de rol (în funcție de statusul social și mai presus de toate de statusul sexual).

Explorarea

Abordând partea *conativă* a psihologiei comportamentului uman, ne oprim la cercetările asupra reacțiilor de orientare, denumite și reacțiile de explorare . W. Stern (1911) numea excitațiile aflate la baza acestor reacții, "instanțe ale marilor profunzimi, psiho- mobiles". Experiențele pe șobolani au putut demonstra că animalele sunt dispuse să accepte prejudicii considerabile (de exemplu faradizări cu șocuri electrice), pentru a descoperi noi surse de stimuli. La om, întocmai ca la un "mare căutător," reacția exploratorie este mult mai puternic conturată. Nevoia sa de explicație științifică pare nelimitată de la cosmos, la interiorul omului, în micro-univers. Dar caracterul explorator s-a lovit totdeauna de bariere. Mai mult, comportamentul explorator poate aduce prejudicii mai multor multe sectoare ale vieții și anumitor interese ca de ex.:

- "comportamentul concurențial " în domeniul social (prețul puterii contra supunerii)
- tendința de depășire a limitelor, de exemplu spionarea vieții private a altora.
- Atingerea explorării de sine, interesul exagerat pentru propriile reacții corporale la ipohondri.

Mobilurile acțiunii

Acțiunile sunt unități de activitate simple sau complexe de operații care prezintă anumite structuri de organizare. În termeni conciși, fiecare acțiune cuprinde :

- declanșarea(experiența trăită la un semnal de comandă)
- diverse operații (dispoziție originală "paralelă" sau obicei

dobândit "vis-a-vis de ceva" și "țelurile" sau "sensul" lor ca semnificație subiectivă.

Acțiunea se poate efectua într-o manieră gândită deliberată (rațională) sau nonintențională (inconștientă).

Acțiunea impulsivă

Unii se simt împinși să lovească cu vârful piciorului o cutie de conserve care se găsește pe stradă. Tabloul agățat de-a lungul rânjetului "insolent" al unui vagabond, sau, într-o altă ordine, mutra unui copil radiind de fericire ("schema micului copil") au de asemeni un caracter de semnal proiectiv incitator (K. Lewin). Psihologia comercială a vânzării folosește acest semnal pentru a determina (trezi) reacții impulsive: în fața casei se găsesc coșuri cu mărfuri atrăgătoare, care vor atrage cumpărătorul chiar și contra voinței sale. Există atâtea exemple de declanșare negândită a acțiunii, în timp ce mobilul real (motivul), nu depășește nivelul de idee neașteptată și spontană.

Acțiunea nedirecționată spre un țel (scop)

În situații de așteptare, de exemplu la coafor, trebuie acoperită perioada de inactivitate. În majoritatea timpului revistele (ziarele) ilustrate sunt foarte indicate. Conținutul lor informativ este în raport cu diverse situații pentru că se dorește distrarea cu "nu importă ce". Conținutul în sine este relativ indiferent, deoarece este nevoie de un divertisment "fără scop". Cu siguranță în aceste acțiuni nedirecționate către un scop, scopurile ca atare nu sunt completamente absente, dar sunt dispersate și nu intră în câmpul actual al conștiinței, dar sub aspect psihodinamic, este mai degrabă inversul: se "știe" cu exactitate ceea ce nu se vrea (de exemplu informații substanțiale, detailate aride ș.a.). Apar, în această categorie, cu cele trei elemente ale acțiunii pe care le-am menționat deja (declanșare, operare, scop) și care ocupă poziții ierarhice variabile.

Acțiunile direcționate spre un scop

Vom lua aici exemplul mersului pe bicicletă.

Ce se produce din punct de vedere psihologic:

- trebuie știut

- a ști de ce
- să se țină cont de starea drumurilor
- să facă dovada unei disponibilități la efort
- să aibă cunoștință de profitul pe care îl poate trage
- să resimtă mersul pe bicicletă ca benefic în sine.

Fiecare din cele șase puncte prezintă în egală măsură mai multe aspecte :

- perfecționarea (perfectibilitate) este alocată doar în privința aptitudinilor și complimentelor.
- cunoașterea țelurilor (înțelegerea obligațiilor, anticiparea scopului, identificarea utilității țelului etc.)
- condiții conjuncturale (adaptarea la circumstanțele reale
- nivelul de angajament (de exemplu sentimentul datoriei, responsabilitate, disponibilitate la efort)
- evaluarea cognitivă (așteptarea unui beneficiu , estimarea probabilității de succes etc.)
- informarea în schimb (întoarcere) -consecințele trase din derularea acțiunii.

Motivarea performanței

Performanțele sunt cazuri specifice de acțiuni dirijate spre un scop, având un aspect caracteristic situațiilor psihosociale concurențiale("obținerea unei exigențe de nivel a performanței realizate")

Micul copil nu recunoaște decât efectele jocului. După trei ani, nu-i mai este indiferent lucrul pe care îl construește el însuși, turnul de nisip, sau orice altceva ce face: de acum are conștiința performanței personale. Mai târziu alte criterii se vor adauga: disponibilitatea la comparație cînd copilul simte la timpul prezent succesul și eșecul în comparația performanței sale cu aceea a altuia. În final omul elaborează concepții de acțiune diferite pentru diverse sectoare ale vieții sale (profesie, sport etc.).

Mc Clelland a studiat experimental nevoia de performanță ca răspuns al unei acțiuni inițiale. S-a putut distinge după tendințele comportamentale dominante, două grupuri de subiecți, unii motivați de succes sau sperând la succes și alții care evită eșecul. Primii preferă însărcinările cu un nivel mic de dificultate, ceilalți

însă pot oscila între sarcinile prea ușoare și cele mult prea grele. După experimentele recente privind această teorie, în pofida fricii de eșec, speranța de reușită va crește performanța, dar se verifică mai ales pentru performanțele care au perspective limitate în timp; în schimb performanțele pe termen lung sau cele în care succesele sunt improbabile sunt modificate de cauze de control.

Mobilurile sociale

O mare parte a motivației relevă condiționările psihosociale. Oamenii își realizează o reglare motivațională aproape constantă asupra colectivității, deoarece omul nu se poate dispensa de mobilurile sociale. Ele sunt nenumărate, și nu acționează întotdeauna prin atracție, ci și ca motivație a respingerii relaționărilor interpersonale. Aici se incud:

Facilitarea

Încă din experiențe vechi (Meumann, 1904), s-a demonstrat că reacțiile simple (ca ridicarea unei greutăți cu un singur deget) conduc la rezultate mai bune în gândirea apreciativă a spectatorilor. În schimb, Pessin (1933) a demonstrat că se observă fenomenul exact invers pentru învățarea silabelor fară sens, pentru că nu s-a ținut cont de acel efect de facilitate, mai mult timp. Zajonc (1965) a fost primul care a clarificat aceste contradicții. El a reușit să demonstreze că doar comportamentul "dominant" (important și frecvent) într-o activitate concentrată șiconsolidată de " prezența celuilalt ". Apare, evident în aceste condiții, că simpla prezență a unui altcineva, este cel mai puternic motiv al stărilor și manifestărilor numeroșilor spectatori (ca cei de la un meci de fotbal, de ex.) și exercită un efect de stimul.

Legătura și distanța

Într-un celebru studiu al lui Harry F. Harlow (1959) micile scimbe, stimul indiciu, au rezultat și au fost obținute cu un "substitut de mamă "(înlocuitor de mamă) într-un experiment [illegible]. Primul grup era aproape de o "mamă confecționată din bare de fier" (structură metalică sudată) și un altul aproape de o "mamă gonflată"(făcută din burete). Astfel, deși condițiile par asemănătoare, grupul aparținând mamei

gonflate părea mult mai atașat. Mobilurile puterii se așteaptă la o "reactanță". Asupra acestui termen Brehm (1966) a regrupat toate inițiativele persoanelor care se simt constrânse în libertatea lor și vor recuperarea situației anterioare ("opunerea tuturor țintelor").

Formarea încrederii

Încrederea socială față de alții se construiește progresiv.

La un copil de 3-5 ani, începe cu certitudinea de a fi cel mai slab, cînd poate apela la alții. La un copil de 5-11 ani, ea se bazează pe previzibilitatea reacțiilor celorlalți. Pornind de la 12 ani în anumite circumstanțe, se naște un sentiment de fiabilitate (loialitate, fidelitate) care permite să "conteze" pe alții. Aceste stadii sunt în mod egal considerate valabile și pentru construirea încrederii între comunități (de exemplu elevi) .

Mobilurile abundenței

Mult timp s-a considerat motivația ca fiind exclusiv o încercare de compensare a absenței unei satisfaceri. A trebuit ca A. Maslow (1973)să opună acestui mobil "deficitar" categorii ale *mobilurilor de abundență* (latină: abundantia, supraplin) în care el vedea tendința de *depășire* a unui stadiu de satisfacție actual.

Satisfacția de creștere

După teoriile lui Maslow, motivația comportă în ansamblul ei un caracter dilatator prin creștere (o tendință de a diferi): nevoia următoare și superioară nu poate apare în câmpul de activare, până ce nevoile fundamentale anterioare nu au fost satisfăcute. Maslow a stabilit o ierarhie de patru grupe de mobiluri care nu lasă loc liber grupei următoare decît doar după satisfacerea prealabilă a lor; nevoia de securitate fizică, de dragoste, de evadare și abia în ultimul rând nevoia realizării personale.

Schema corporală

Celebrul cerc a lui Leonardo da Vinci, în care se înscriu mișcările, simbolizează aici un prim domeniu de expansiune a motivației. Corpul somatic în sine este pentru subiect obiectul de identificare cel mai evident. În perceperea corpului propriu, nu se vede doar imaginea reală, obiectivă ci și o reprezentare

(imagine) care, în mod caracteristic, este acceptată subiectiv "dintr-o privire"(de exemplu aspectul exterior pe care îl are individul de mulți ani). Fiecare societate propune stereotipuri corporale (șabloane figural-corporale) după cum îi convine să se ghideze, orienteze toți membrii săi. Modul în care se formează imaginea corporală pornind de la aceste două elemente, se manifestă mai ales în dificultățiile pe care le încearcă mulți indivizi în legătură cu aparența lor.

Identificarea

Analistul Erik Erikson a stabilit (pe baza propriilor experiențe) un vast sistem de puncte de identificare, care pleacă de la *încrederea primară* (de ex. cea simțită de copilul mic care este aruncat în sus și este prins), și se completează cu încă opt criterii de identificare suplimentare. El scrie: "Asamblarea finală a tuturor elementelor de identificare convergente (și eliminarea celor divergente) spre finalul copilăriei este o sarcină de o dificultate imensă: cum se poate atinge un stadiu așa de "anormal" pe care adolescența poate să-l ducă la capăt?"

Conceptul de sine

După W. James (1980), problema "sinelui" ocupă un loc central în psihologie. În general, acesta se înțelege prin procesul de constituire a lui însuși: Cu o personalitate originală omul se naște din "umbra" sa însuși? este o întrebare al cărui răspuns satisfăcător este așteptat și astăzi.

Multe tendințe de abordare sistematică a sinelui ies din ansamblul referințelor psihologice asociate conceptului de subiect ca de ex.:

Expansiunea sinelui - constituie principiul de decizie când se vizează "progresul" mergând contra confortului.

Alegerea interesului delimitează în acest context, cadrul esențial al activității psihice.

Din aceste puncte de vedere, conflictele nu sunt rare (ele trebuiesc mai ales pentru a merge mai departe, să se ciocnească de limita exigențelor irealizabile) dar, finalmente reușesc să promoveze un nou echilibru de exigențe relativ stabil.

Sentimentul valorii personale se reașează și se bazează pe încredere în sine obținută printr-o ascensiune progresivă reechilibrărilor menționate.

Rezistența la sine(contra sinelui) protejează și menține echilibrul la care se va ajunge prin conflictul dintre eul ideal și eul real, între autosatisfacție și depreciere sinelui.

Aspirația la judecată (sens, bun-simț)

În filosofie (de ex. sinele transcedental a lui Kant), "creșterea autonomă, de la sine", proprie omului, joacă un rol important atât pentru teoria conștiinței cât și pentru etica sistemului său. Psihologia poate lua în considerare aceste principii pentru că gândirea a ridicat omul deasupra intereselor proprii și a celorlalți deoarece el poate elabora gânduri asupra valorii și sensului ansamblului în care există, asupra cosmosului în care se observă și se situează în mod reflexiv.

Aristotel se pronunța "optimalist": omul aspiră la tot ceea ce consideră bun. Această aspirație spre sens, bun-bine (în greacă=*eu*) conține mai multe nivele de "abundență" în care repartiția valorilor presupune o opțiune individuală, care va estima prioritățiile pentru sine și pentru restul. Orientarea sensului vieții trebuie, prin comparație, să conducă la criterii de fericire realiste, iar acceptarea existenței- înseamnă că subiectul uman interpretează viața personală ca având un sens ("certitudinea sensului").

Moralitatea restrânge aparent orientarea vieții spre infinit (se exclud comportamentele elaborate de afectivitate fi ea și dragoste dar, din cauza acestei restricții, ele se atașează mai puternic de incitarea la o viață mai bogată de sensuri).La multe persoane, din aceste considerente, aspirația la sens, se lărgește și converge spre o ideologie personală, reprezentată psihologic de un sistem propriu de opinii și credințe.

Mobilurile controlului

Acest grup de cauze nu vizează scopuri precise, dar introduc cum s-ar spune "contrapartida" mobilurilor menționate mai înainte(aspirația la sens), deci într-un sens mai larg, sunt *cauze ale controlului*. Controlul semnifică aici demersul psihologic constând în verificarea conștientă sau inconștientă, înainte sau

după, o aspirație. Rezultă psihodinamic, o modificare, o inhibare sau o deplasare a aspirațiilor existente, spre o motivație de ordin superior.

Atitudinea

"Obiectivitatea" la om, este penetrată de "subiectivitate". Dacă lăsăm (pe un ecran de exemplu) două puncte să se miște liber, se înregistrează un efect subiectiv în această mișcare, și anume faptul că se identifică o relație "personificată" între ele, în loc de o simplă modificare a distanței dintre ele. Se degajează impresia involuntară că punctele se urmăresc, că se spionează, se evită reciproc etc ca și oamenii.

Cel mai des, resimțim nevoia de o "contră la interpretare".

Disponibilitatea noastră latentă (subiacentă) la explicare sau interpretare, se manifestă foarte puternic în *opiniile* noastre. La acest subiect, M. Rokheach a stabilit o scară de atitudini (reprezentate sub forme simplificate) privind tipurile de opinii:

• Convingere (concepție fixă) de exemplu "L-am văzut"...; întrucât aceste opinii se consolidează într-un "consens de 100%" (ca demonstrabile)... devine: "toți l-au văzut". O schimbare de opinie aici, nu pare posibilă (psihoticii au eventual halucinații sau convingeri delirante).

• Părerile comune: de exemplu " cuțitele sunt periculoase"; se bazează pe consolidarea opiniei prin unanimitate: "În acest caz schimbarea opiniei se face cu dificultate (la nevoie prin psihoterapie).

• Deducțiile, de exemplu "Era în ziar"- consolidare de opinie prin întărire. "Este ziarul meu". Aici schimbarea de opinie se produce prin retragerea credibilității."Acest ziar minte".

• Părțile anexe(sau lucruri) considerate ca fiind fără importanță de exemplu - "Pasta de dinți y este mult mai bună";Pasta de dinți [illegible] Schimbarea de opinie este aici relativ ușoară de [illegible] efectul publicității "Pasta de dinți y este mult mai bună".

Atribuirea

Atribuirea avansează cu un pas treptele reechilibrărilor interpersonale: ea începe cu atribuire de "cauze" (adesea în mod

negândit). J. B. Rotter (1956) a formulat pe acest subiect ipoteza unui *"locus of control"* (convingerea controlului): "A cui e vina "?

B. Weiner (1984) leagă această "cauzalitate obținută" de trei dimensiuni psihologice(combinabile).

• *Locusul* este agentul cauzal: el-însuși sau altceva (de exemplu șansa sau alte persoane)

• *Distinctivitatea* sau Relieful: reprezintă gradul măsurabil al valorii sau al semnificației (W. Stern, 1950);

• *Capacitatea de conducere* (condiționarea), când nu se mai poate face nimic, dar când ar trebui să se poată. Poate fi el - însuși sau alții, să facă ceva pro sau contra.

„Atribuirea de responsabilitate" se leagă de tipul de participare al persoanei la grup.

• Pentru mulți profesori, elevul rău este prost sau leneș.

• Mulți elevi își justifică eșecul invocând comportamentul profesorului, sau că exercițiul nu a fost încă explicat.

• O analiză diferențială de erori poate însă, să ajungă la alte motive: probleme familiare, probleme excepționale, interne cu valooare superioară, etc

În viața cotidiană, și de asemenea în numeroase analize științifice, atribuirile cauzale suferă de o tendință "de economie" pe care G.W. Allport o înțelegea ca satisfacție anticipată de "prima justificare venită"sau de o ("concluzie hazardată").

Motivația corectivă

Ținând cont de eforturile necesare pentru construirea sinelui, se poate înțelege că există o tendință generală căutată pentru a nu pune acest "eu" în pericol, destinată să-l mențină în poziția ocupată până în prezent. Despre efectul rezistenței cognitive se spune:"Totul este bine așa cum e, iar eu sunt așa cum sunt"(chiar aici se relevă eroarea, într-o mare măsură). În teoria "disonanței cognitive" (Festinger), se pornește cu preferința selecționării informațiilor, opiniilor și faptelor care apoi se armonizează cu concepțiile proprii, iar până urmă se ajunge la faptul că se refuză ceea ce este contrar lor. Psihanalza pune accentul pe acest mecanism de apărare până și la vis.

Controlul cognitiv inventariază motivațiile personale pentru a le verifica. În multe teorii (între altele, *self –efficacy,* autoeficacitatea a lui Bandura;Pszchological well-being, bunăstarea psihologică a lui Bradburn; *oponent- proces,* contraefectul lui Solomon Corbit; *reactanță*, contra-conduita în situațiile restrictive a lui Brehm), se menționează componentele unui control autonom al manifestării motivației. În examinarea sinelui *(self-monitoring),* ele, deasemenea se disting: dacă după un abuz de alcool un automobilist își lasă mașina în parcare pentru *motive interioare (intrinseci),* de exemplu responsabilitatea față de familia sa, sau din *motive externe (extrinseci),* de exemplu frica de poliție.

Perspectiva psihodinamică a funcționării mentale

Freudismul, până în prezent de neegalat în privința explicațiilor de tip psihodinamic, a postulat:

Există o realitate psihică internă, la fel cum există și o realitate materială externă.

Această lume psihică internă este rezultatul unui lung proces de dezvoltare și individualizare. Este esențială interiorizarea progresivă a interacțiunilor dintre copil și mediul său. Dar:

- această interiorizare nu este reductibilă nici la o formă de ucenicie, de învățare, nici la condiționare;
- de fapt, ea este, înainte de toate, *interiorizarea relațiilor* cu încărcătură afectivă pe care le presupune;
- aceste relații, pe măsură ce sunt interiorizate, suportă deformări determinate de încărcătura afectivă care le însoțește și de asocierile lor cu experiențele anterioare deja interiorizate, care le încarcă de coloratura lor semnificantă specifică.

Nu există, deci, corespondență între modul în care o situație poate fi percepută de către un observator extern și modul în care ea va fi interiorizată de către protagoniștii ei. Așa se întâmplă, de exemplu, ca o educație foarte liberală, asociată cu o mare intensitate a interacțiunilor între o mamă și copilul ei, să determine la acesta din urmă, aparent paradoxal, la dezvoltarea unor

interdicții interne puternice, care se vor manifesta în dezvoltarea sa ulterioară și în viața sa relațională. Interdicțiile au, de fapt, rolul de a crea o distanță internă în raport cu mama, absolut necesară datorită absenței distanței externe.

Modul de a trăi o relație, de a aplica un principiu educativ este, fără îndoială, mai important decât principiul însuși.

Interiorizarea este, deci, un proces dinamic și nu o absorbție pasivă, care duce la construirea lumii noastre interne, dar suportă, în același timp, particularitățile de funcționare.

Principiile funcționării mentale

Principiul constanței

Ca orice organism viu, ființa umană are o puternică înclinare de a-și menține constantă tensiunea interioară: este vorba despre *principiul constanței*, analog *principiului homeostaziei* din fiziologie.

Vor fi căutate mai ales conduitele și mecanismele psihice care merg în sensul unei evitări a oricărei noi tensiuni sau a reducerii sale, dacă ea nu a putut fi evitată: acesta este *principiul plăcerii*, care se găsește deci în serviciul celui de mai sus. Dar dacă, inițial, copilul caută descărcarea imediată, treptat, el va învăța să o folosească astfel pentru a nu deveni periculoasă pentru supraviețuirea sa, ci, din contra, sursa unei satisfacții mai mari. În această achiziționare a *principiului realității*, anturajul joacă un rol foarte mare, acest principiu fiind doar o formă adaptată a principiului plăcerii, adaptată nevoilor și calității supraviețuirii, și nu opusul său.

Copilul va învăța, de asemenea, că o sporire a tensiunii poate deveni o sursă de plăcere, dacă ea este preliminară unei plăceri și mai mari, care permite descărcarea ulterioară, așa cum se întâmplă în cazul coitului și a plăcerilor sexuale preliminare.

Repetiția

Alături de acest principiu al constanței-plăcere, se poate observa o altă constantă a funcționării umane: *compulsia la repetiție*. Nu este vorba despre simpla tendință de a repeta obișnuințele dobândite prin învățare, ci constrângerea internă care împinge ființele umane să repete la nesfârșit și fără sens

aceleași situații traumatice care le-au făcut să sufere, dar pe care nu se pot împiedica să le provoace din nou. Freud a putut să descrie astfel, aceste „nevroze de destin", care par marcate de o fatalitate tragică care se repetă uneori pe parcursul mai multor generații.

Acestui efect al repetiției, care vine chiar din subiectul însuși, i se adaugă *reacțiile anturajului care, de obicei, îl întăresc.*

Așa de exemplu, o personalitate persecutată va induce prin comportamentul său rea-voință, glume proaste, chiar o veritabilă ostilitate din partea anturajului său, în acest fel fiind confirmate temerile sale inițiale. Freud a mai adăugat la această compulsie de repetiție *nevrozele traumatice*, în care subiectul retrăiește mereu traumatismul originar, fără a se putea elibera de această amintire, astfel încât reacțiile terapeutice negative care îl fac pe subiect ca, mai mult sau mai puțin conștient, să facă să eșueze toate măsurile terapeutice care ar putea să-l ajute, ca și când ar fi constrâns să mențină acele conduite considerate ca nesatisfăcătoare. Avem de-a face aici cu un efect al instinctului morții.

Putem constata adesea efecte ale repetiției. Tot ceea ce a fost sursa unui traumatism, în sensul psihologic al termenului, lasă urme care au tendința de a se manifesta în continuare în manieră repetitivă.

Efectele traumatismului nu sunt întotdeauna vizibile imediat și nu-și dezvoltă potențialul patogen decât într-un al doilea timp, uneori acesta fiind foarte îndepărtat de momentul traumatismului. Este *efectul de apres-coup*, caracteristic funcționării mentale. Acesta pare să se datoreze mai ales dezvoltării în mai mulți timpi ai sexualității umane, care nu atinge apogeul decât la pubertate. Drept urmare, traumatismele copilului nu vor ieși la iveală decât la pubertate, când vor fi „reactivate", dobândindu-și sensul prin puseul sexual puberal.

Descărcarea emoțională (sau abreacția) reprezintă o posibilitate de a evita efectul patogen al traumatismelor. Aceasta este originea tuturor *metodelor așa-numite catarctice* („catharsis-ul" grecesc desemna efectele eliberatoare ale descărcării emoționale, cărora grecii le atribuiau rolul benefic al tragediilor). Freud cercetase inițial acest efect catarctic mai ales prin hipnoză,

pentru a abandona ulterior această metodă. Se pare că efectele acesteia erau într-adevăr foarte trecătoare. *Singura măsură eficientă împotriva repetiției este rememorarea traumatismelor, asociată cu travaliul de înțelegere și elaborare psihică.*

D. Lagache apropie această tendință a psihismului uman la repetiție de efectul Zeigarnik (1928), care se referă la faptul că, în anumite condiții experimentale, sarcinile neîndeplinite sunt mai degrabă reținute decât sarcinile îndeplinite. Traumatismele psihice, ca și sarcinile neîndeplinite, ar reprezenta „răni" deschise și dureroase, pe care subiectul încearcă să le închidă repetându-le, în speranța mai mult sau mai puțin magică de a anula eșecul precedent sau, în cazul traumatismului, *de a-l stăpâni prin repetarea activă a ceea ce a suportat pasiv.* Din nefericire, în general se înregistrează un nou eșec pe care-l repetă, determinând astfel compulsia la repetiție.

Modalitățile funcționării mentale

Acestea nu sunt univoce, psihicul prezentând mai multe niveluri și tipuri de funcționare.

Capacitatea de așteptare și simbolizarea

Este vorba aici despre două calități ale funcționării psihice care sunt caracteristice gândirii celei mai elaborate. Acestea nu sunt dobândite decât progresiv și nu sunt legate doar de maturizarea sistemului nervos central, ci sunt dependente de organizarea afectivă a copilului și deci, de natura și calitatea relațiilor sale.

Gândirea începe prin a fi concretă și prin a fi acțiune asupra lumii (H.Wallon). Ea reușește doar progresiv să se detașeze și copilul nu mai are nevoie de lucrul în sine, începând să se intereseze de simbolurile care-l reprezintă. El devine capabil să stabilească legături între aceste simboluri și face acest lucru nu urmând înclinațiile sale afective, ci conform legilor limbajului și logicii, folosind gândirea abstractă.

Simbolizarea este astfel capacitatea de a reprezenta un lucru printr-un altul. Capacitatea plină de promisiuni, deoarece ea deschide calea posibilității de reprezentare a unui lucru prin semne din ce în ce mai simple și mai abstracte, permițând economia de mijloace și, deci, o complexificare crescândă, care va conduce la

limbajul uman.

Dar, pentru asta, copilul trebuie să ia o distanță psihică în raport cu obiectele investite pe care le va simboliza și al căror model va fi reprezentat întotdeauna de personajele importante din anturajul său. El va trebui, deci, să poată:

- să diferențieze satisfacerea imediată de dorințele sale, pentru a-i lăsa gândirii timp să se dezvolte; dezvoltare care nu poate să se realizeze decât dacă încărcătura emoțională care o susține nu este prea importantă;

- să fie capabil să aștepte, și deci, să suporte absența și singurătatea, calități care depind de instalarea unei relații suficient de sigure cu mediul.

Ajungem astfel, să caracterizăm, în funcționarea mentală, lumea reprezentărilor și lumea afectelor.

Reprezentările desemnează conținutul gândirii: idei, imagini mentale, al căror model ar putea fi reproducerea mentală prin amintirea unei percepții anterioare.

Afectele desemnează tonalitatea afectivă, emoțională, puternică sau slabă, agreabilă sau dezagreabilă, care însoțește evenimentele exterioare sau reprezentările interne.

Se pot distinge două tipuri mari de funcționări mentale:

Funcționarea în procese primare

Aparține inconștientului, dar poate invada viața conștientă, mai ales în psihopatologie. Se caracterizează prin supunerea sa la afecte, singurul său scop fiind satisfacerea imediată a dorinței care i-a dat naștere.

• Această tendință către satisfacerea cea mai rapidă și mai completă îl face să utilizeze reprezentările nu doar după legături logice, ci și prin mijloace cum ar fi:

- *deplasarea,* prin care o reprezentare adesea aparent insignifiantă își vede atribuită întreaga valoare psihică, semnificația, intensitatea la origine atribuite alteia;

- *condensarea*, prin care pot conflua într-o reprezentare unică toate semnificațiile purtate de lanțuri asociative care vin să se intersecteze.

Avem, deci, de-a face cu o absență sau, în cazul unei regresii la acest tip de funcționare, o pierdere a capacității de simbolizare:

gândirea se „concretizează" și cuvintele sunt considerate în locul lucrurilor pe care trebuiau să le reprezinte. Ele nu și-au dobândit sau pierdut încă capacitatea de abstracție și sunt înțelese în sensul lor literal, care le conferă o deschidere magică și periculoasă; de exemplu, lectura sau audiția cuvântului „moarte" va putea realmente să semnifice o amenințare a morții imediate.

Acest mod de funcționare va fi reprezentativ pentru bebeluș și copil, atâta vreme cât acesta din urmă nu va avea la dispoziție o manipulare adecvată a limbajului. El va ceda treptat locul funcționării în procese secundare, dar va rămâne întotdeauna latent și se va reactualiza în anumite circumstanțe: vise, manifestări patologice (deliruri, halucinații) și de fiecare dată când individul va fi depășit de emoțiile sale sau va fi prea angajat într-o conduită afectivă.

• Sarcina aparatului psihic fiind aceea de a găsi mijloacele de *a menține homeostazia internă*, în această funcționare în procese primare nu există decât două căi de descărcare posibile:

- *descărcarea pe cale motrică sau vegetativă*, și aici avem una dintre condițiile posibile de apariție a tulburărilor psihomotorii (ticuri, stereotipii, dispraxii), psihosomatice, și a conduitelor de autostimulare, cum ar fi, de exemplu, cele întâlnite la copiii cu carențe (hospitalismul). Aceste din urmă conduite devin frecvent autoerotice prin investirea amintirilor experiențelor de satisfacere legate de motricitate.

- descărcarea prin suprainvestirea lumii fantasmatice în căutarea unei identități de percepție de natură halucinatorie, cu reprezentări rememorate ale satisfacțiilor anterioare, ca și cum ele ar face parte din realitatea externă: , procedeu magic, care acționează într-o manieră evidentă în vise, dar pe care îl regăsim la nivelul tuturor experiențelor de satisfacere aflate la limita realității: reverii și bineînțeles delirul.

Calea motrică este inițial barată datorită imaturității bebelușului, aici aflându-se una dintre condițiile favorizante ale dezvoltării excepționale a lumii psihice la om. Calea vegetativă este, deci, cea care constituie mijlocul privilegiat de asigurare a homeostaziei psihice la bebeluș. Așa se explică frecvența

tulburărilor psihosomatice ale bebelușului, care afectează viața sa vegetativă și funcțiile fiziologice: apetitul, somnul, etc.

Sarcina educației va fi de a-l ajuta pe copil să suporte o anumită tensiune internă și să realizeze descărcarea datorită dezvoltării lumii sale psihice. El va putea ajunge aici datorită relației bune cu mediul, *aparatul psihic al mamei fiind cel care ar trebui să asigure acest rol organizator și de suplinire a imaturității copilului*, acordându-i totodată acestuia o autonomie din ce în ce mai mare. Copilul poate atinge acest nivel mai ales datorită securității și satisfacțiilor pe care mama i le asigură, el putând astfel să-și organizeze procesele secundare, care se opun în întregime proceselor primare.

Funcționarea în procese secundare

Caracterizează lumea conștientă și rațională. Afectul este „legat" aici de reprezentări într-o manieră stabilă, procesele gândirii logice fiind cele care trebuie să articuleze legăturile și asociațiile între reprezentări și nu intensitatea afectivă cu care sunt ele investite. Principiul realității vine să corecteze principiul plăcerii și așteptarea devine posibilă, luând locul descărcării imediate și cu orice preț.

Procesul secundar constituie deci o modificare a procesului primar și vine să realizeze o funcție regularizatoare, care este posibilă prin *constituirea Eului*. Unul dintre rolurile majore ale acestuia va fi de a inhiba procesele primare, legându-le de reprezentări, organizându-le și făcându-le compatibile cu realitatea externă, modificându-le pentru a găsi satisfacerea necesară. Un rol esențial joacă aici calitatea relațiilor cu mediul și interiorizarea lor (relațiile obiectale).

Mecanismele de defensă

Sub acest nume, după S. Consoli (1985), sunt cuprinse diferitele tipuri *de operații psihice care au ca scop reducerea tensiunilor psihice interne.* Metoda psihanalitică și practica psihoterapiei, mai ales la copii au fost cele care au permis individualizarea acestor mecanisme, cărora le-au evidențiat geneza, le-au demonstrat valoarea pentru economia psihică, le-au urmărit transformările și, eventual, disoluția, dacă au devenit superflue.

Ele nu au toate aceeași valoare, chiar dacă toate sunt, în general, utile pentru coeziunea aparatului psihic. În general inconștiente, ele intră ușor sub imperiul proceselor primare, împrumutând rigiditatea compulsiilor la repetiție. Ele devin atunci patogene și perturbă funcționarea mentală.

Principalele mecanisme de defensă:

• *Refularea* este, fără nici o îndoială, un mecanism de defensă esențial, mai ales pentru că aparține inconștientului.

Prin refulare se înțelege operația prin care subiectul caută să reîmpingă sau să mențină în inconștient reprezentările legate de o pulsiune. Refularea se produce în cazurile în care satisfacerea unei pulsiuni, susceptibilă să procure prin ea însăși plăcere, ar risca să provoace neplăcere la nivelul altor instanțe (Laplanche și Pontalis, Vocabularul de Psihanaliză); instanțe care sunt adesea mai aproape de conștiință și care au ca scop protejarea relației subiectului cu obiectele sale de iubire, refulând tot ceea ce ar merge în contra exigențelor acestora sau sentimentelor de iubire și de respect pe care subiectul consideră că ar trebui să le nutrească.

• *Regresia* - desemnează, la modul general, o reîntoarcere la formele anterioare ale dezvoltării gândirii și stilului de relaționare a subiectului cu mediul său. După Freud, se disting trei tipuri de regresie, care sunt de obicei asociate:

- *Regresia topică* a conștientului către inconștient;

- *Regresia formală*, în care sunt reluate modurile de exprimare sau de configurare a gândirii mai primitive, cum ar fi trecerea de la o funcționare în procese secundare la o funcționare în procese primare;

- *Regresia temporală*, în care subiectul regăsește modalități relaționale plasate sub primatul zonelor erogene cele mai arhaice: anale și orale.

Regresia nu este niciodată o reîntoarcere, pur și simplu, la starea anterioară, pentru că nu putem anula total evoluția intermediară. Un adult regresat nu va fi niciodată copilul care a fost. Trebuie, mai degrabă, să o înțelegem ca o actualizare a unui mod de funcționare vechi care va induce, la cel în cauză, prevalența unui limbaj, a unui comportament, a unor interese care vor avea

tonalitatea și coloratura caracteristică a unui stadiu dat.

• *Ranversarea în contrariu* reprezintă procesul prin care scopul unei pulsiuni se transformă în contrariul său, în trecerea de la activitate la pasivitate. Este strâns legată, în general, de *replierea pe sine*, în care pulsiunea înlocuiește un obiect prin propria persoană. Este mai ales cazul cuplurilor de contrarii care merg în pereche: sadism și masochism, voyeurism și exhibiționism. Returnarea sadismului în masochism implică deopotrivă trecerea de la activitate la pasivitate și o inversare a rolurilor între cel care provoacă și cel care suportă suferințele.

Cuplurile de conduite opuse coexistă în inconștient și transformarea lor dintr-unul în altul nu poate fi înțeleasă decât dacă intervine aranjarea fantasmatică, în care subiectul, în fantasma sa (pe care o manipulează și o pune în operă în comportamentul său extern) ocupă alternativ toate pozițiile.

• *Deplasarea* constă în faptul că accentul, interesul, intensitatea unei reprezentări sunt susceptibile să se detașeze de ea, pentru a trece la alte reprezentări care inițial sunt mai puțin intense, legate de prima printr-un lanț asociativ.

• *Izolarea* este procedeul care constă în izolarea unui gând sau a unui comportament în așa fel încât conexiunile cu contextul său afectiv, cu alte gânduri sau cu restul existenței subiectului sunt rupte.

Ea permite realizarea economiei refulării, cu condiția ca reprezentarea să fie total privată de încărcătura afectivă pe care o avea inițial, afectul trebuind să găsească o altă cale: de exemplu, deplasarea asupra unei alte reprezentări.

• *Anularea retroactivă* este mecanismul psihic prin care subiectul încearcă să facă în așa fel încât gândurile, cuvintele, actele trecute să nu se mai întoarcă. El utilizează pentru aceasta o idee sau un comportament care are o semnificație opusă. Caracterul său magic reflectă foarte bine legătura sa cu inconștientul.

• *Formațiunea reacțională* este o atitudine psihică de sens opus unei dorințe refulate și constituită ca reacție împotriva acesteia. În termeni economici, formațiunea reacțională este o contrainvestiție a unui element conștient, de forță egală și cu o

direcție opusă investirii inconștiente. Poate fi vorba despre atitudini foarte generalizate, constituite din trăsături de caracter mai mult sau mai puțin integrate în ansamblul personalității; dar uneori, ele iau o valoare simptomatică, sub aspectul rigidității, forței și caracterului compulsional. Ca trăsătură de caracter, un gust excesiv pentru curățenie va camufla o tendință la murdărie, sau o atitudine de milă foarte puternică va fi o formațiune reacțională contra unor dorințe agresive. Ca simptom, obsesia murdăriei va face ca subiectul să nu se gândească decât la aceasta și el își va centra existența și interesele asupra acesteia, pe calea indirectă a grijii pentru curățenie; sau cerința de a simți milă care devine tiranică va constitui o ocazie de a-și agresa anturajul. În aceste ultime exemple, regăsim întoarcerea refulatului.

• *Denegarea* permite economia refulării, subiectul putând să-și permită să formuleze un gând, o dorință, un sentiment anterior refulat, cu condiția de a nega faptul că acestea îl privesc pe el: „să nu credeți că eu gândesc aceste lucruri" sau „că eu am asemenea dorințe". Ea favorizează dezvoltarea gândirii, pe care un exces de refulare o poate paraliza, diminuându-i potențialitatea conflictuală. În exces, ea sărăcește personalitatea, care este astfel condamnată să nu recunoască ceea ce îi aparține, mai ales pe plan afectiv. *Rationalizarea* se bazează adesea pe denegare și izolare pentru a găsi întotdeauna motive valabile pentru explicarea unui comportament ale cărui motive profunde sunt considerate inacceptabile.

• *Sublimarea*: o pulsiune este considerată sublimată în măsura în care ea este derivată către un scop nou, nonsexual și unde ea vizează obiecte socialmente valorizate. Este vorba despre un proces postulat de către Freud pentru a explica activitățile artistice și intelectuale aparent fără legătură cu sexualitatea, dar care-și găsesc resortul în forța pulsiunii sexuale. Resexualizarea acestor activități va provoca fenomene patologice și dificultăți în realizarea lor: inhibiție, de exemplu.

Mai putem cita și *reparația*, care funcționează mai ales în dezvoltarea copilului și în accederea la ambivalență.

Alături de aceste mecanisme de defensă relativ comune, mai există și altele, a căror persistență demonstrează prin ea însăși un

registru patologic (psihoză).

• *Clivajul,* mecanism foarte primitiv, considerat a fi defensa cea mai arhaică împotriva angoasei, în care obiectul, vizat de către pulsiunile libidinale și agresive, este scindat într-un obiect "bun" și un obiect „rău", care vor avea destine relativ independente în jocul introiecțiilor și proiecțiilor. El se însoțește de un clivaj corelativ al Eului.

• *Idealizarea* este rezultatul unui clivaj prealabil, dar în care, pentru a proteja obiectul bun de pulsiunile destructive, acesta își vede calitățile și valoarea net exagerate.

• *Negarea realității,* în care subiectul neagă total o parte mai mult sau mai puțin importantă a realității externe.

Vom mai cita doar două dintre mecanisme: introiecția și proiecția. Ele au, de fapt, un rol esențial în individuarea și formarea personalității.

Identificarea

Este procesul psihic prin care subiectul asimilează un aspect, o proprietate, un atribut al altuia și se transformă total sau parțial sub modelul celui dintâi.

Are un rol extrem de important datorită faptului că:

• este un proces formator al personalității;

• este un mecanism de defensă esențial contra pierderii și a doliului;

• este originea unor multiple conduite patologice;

• este factorul esențial al formării și funcționării grupurilor.

Există mai multe tipuri de identificare, care se pot, eventual, combina.

• *Identificarea cu obiectul pierdut* – este un mijloc privilegiat pentru suplinirea absenței obiectului iubit și pierdut. Procesul de bază este *încorporarea orală*, care își are originea în relația primară mamă-copil. În acest caz, obiectul este fantasmatic încorporat, iar subiectul adoptă caracterele obiectului. Investirea pulsională a obiectului poate fi abandonată și mutată asupra trăsăturilor încorporate. Este vorba aici despre un proces esențial al formării Eului și despre dobândirea autonomiei sale în raport cu obiectul. Acest proces se regăsește adesea la originea acuzelor

somatice care survin după trăirea unei pierderi a unei persoane iubite. Această pierdere poate fi reală sau pur fantasmatică, și legată de exemplu de un conflict, o îndepărtare temporară sau un nou atașament. Plângerea vine să ia locul obiectului pierdut , reproducând o tulburare similară a persoanei iubite (familii de „hepatici", de „cefalalgici") sau suprainvestind o zonă corporală legată într-un mod sau altul de această persoană: subiectul se plânge de o tulburare, la fel de frustrantă cum a fost obiectul pierdut, dar acesta nu constituie mai puțin o prezență la care este inconștient atașat.

• *Identificarea amoroasă* derivă din cea precedentă, reprezentând o formă mai elaborată a acesteia, mai puțin ambivalentă, deoarece nu este necesar ca obiectul să dispară sau să fie pierdut pentru ca ea să se realizeze. A iubi înseamnă a dori să posezi obiectul și, cum nu se poate ajunge niciodată complet la această posesie, o soluție ar putea fi aceea de a căuta să devii ca el, de a-l purta în tine, fiind la fel ca el. Indispensabilă la începutul vieții, pentru ca subiectul să se poată relaționa progresiv la părinți, prelungirea ei în continuare poate fi patogenă.

Această soluție apare adesea ca tentativă de rezolvare a complexului Oedip. De exemplu, fetița care nu-l poate avea pe tată pentru ea și nu poate fi iubită de el așa cum și-ar dori ea, se identifică cu acest tată printr-una sau mai multe trăsături: ea nu mai trebuie, deci, să aștepte iubirea sa, deoarece o poartă în ea; acest lucru prezintă, în plus, avantajul de a înlătura culpabilitatea sa în ceea ce o privește pe mamă, la care ea renunță, chiar prin faptul că-i ia locul. Este, deci, o rezolvare de conflict, dar o piedică pentru fetiță în dobândirea identității sale feminine și dificultăți ulterioare probabile în relațiile sale amoroase, care vor ajunge să-i pună în discuție identificarea sa masculină. Această mișcare identificatoare cu tatăl va putea fi, la rândul ei, jenată, de exemplu în cazul unui conflict oral anterior foarte important, sursă de fantasme agresive , care o vor face să resimtă identificarea ca pe o încorporare orală destructivă a tatălui, pe care ea va încerca să-l protejeze, fugind, de exemplu, de tată (aparentă indiferență sau teamă) pentru a se refugia regresiv în spatele unei mame pe care nu va mai îndrăzni să o părăsească. Vedem astfel

posibilele reacții în lanț și complexitatea lor.

• *Identificarea cu un terț și formarea grupului.* În absența oricărei investiri libidinale a obiectului, poate avea totuși loc o identificare *prin intermediul unui element comun*, care poate fi o *terță persoană*. Relevante pentru acest mecanism sunt cazurile de imitație sau de contagiune mentală. Freud a descris acest mecanism în „analiza eului și psihologie colectivă" (în *Eseuri de Psihanaliză*) ca fiind *baza constituirii grupului*. Elementul comun, care servește ca motor al identificărilor dintre ei, este în acest caz liderul sau dogma grupului, reprezentant al idealului Eului fiecăruia dintre membri. Este vorba despre o formă de identificare în care componenta narcisică este dominantă. Scopul său nu este atât de a-l face pe subiect asemănător altuia (obiectului iubit în forma precedentă), ci de a-și căuta identitatea regăsind în altul ceea ce are în comun cu sine.

•*Identificarea cu agresorul.*

• *Imitația și învățarea.* Nu trebuie să confundăm procesul complex al identificării cu imitația sau învățarea.

Imitația nu este decât un placaj superficial, care nu implică personalitatea subiectului și căreia îi rămâne străin. Ea nu are valoare structurantă, de maturizare și riscă să genereze probleme la cel mai mic conflict. Ea dă naștere unor personalități fragile, numite personalități „cu sine fals" sau personalități „comme si".

Învățarea este un aspect mai parcelar și desemnează orice modificare relativ stabilă a unei funcții și a unui comportament sub efectul experienței dobândite. Este rezultatul obiectivabil, comportamental, al unui proces care angajează mai mult sau mai puțin, după caz, personalitatea. Ea poate fi facilitată sau inhibată de către conflictele de identificare.

Mecanismele de degajare

Alături de mecanismele de defensă, unii autori, cum ar fi D. Lagache, au individualizat *mecanismele de degajare*. Ele se diferențiază de primele prin faptul că nu sunt suportate de către Eu, constrâns să recurgă automat la o defensă imediată și necontrolată pentru a-și diminua tensiunea; din contră, ele au ca efect degajarea Eului de această constrângere, permițându-i

acestuia obiectivarea pericolului prin interiorizarea și relativizarea lui. Așa este cazul anterior al plângerii prin identificarea cu obiectul pierdut a subiectului, când acesta ar fi putut, în locul acestei identificări, relativ costisitoare, să se degajeze de investirile sale asupra obiectului și să le lase disponibile pentru alte investiri. Dar acest lucru ar presupune un travaliu dificil de conștientizare și de doliu, care antrenează aceste mecanisme de degajare. O trăire depresivă este practic inevitabilă. Ea poate deveni suportabilă datorită travaliului de elaborare, făcând apel la limbaj și la nevoia de mascare momentană a unei relații psihoterapeutice.

Modelul psihodinamic al persoanei

Personalitatea se va edifica, deci, după un proces îndelungat de schimburi între interior și exterior, constitutiv al opoziției realitate internă/realitate externă. Bariera între aceste două lumi va trebui să fie suficient de suplă, pentru a permite aceste schimburi de pe întreaga perioadă a vieții, o rigiditate excesivă revelând teama subiacentă de ruptură. Această barieră se constituie progresiv și necesită pe perioada copilăriei un suport din partea părinților, care dețin rolul de „Eul auxiliar" și de ceea ce Freud a numit „paraexcitație" protejând copilul de traumatismele și excitațiile excesive, grație activității lor de filtraj și de legătură care dă sens și coerență experienței copilului. Pornind de la aceste prime experiențe de încorporare, prin care copilul păstrează în el ceea ce este bun și rejectând ceea ce este rău, se operează o interiorizare progresivă a experiențelor sale cu lumea exterioară, eliberându-l progresiv de aceasta din urmă. Identificările cu variantele lor, și relațiile obiectului, cu diversele lor modalități, vor organiza astfel lumea internă. Experiențele relaționale și conduitele externe vor avea, deci, corespondentul lor intern sub formă de conduite interiorizate.

Interiorizarea este un mecanism psihic care poate fi comparat metaforic sau digestia. Modelul fantasmatic oral are influență asupra tuturor modalităților relaționale ulterioare. Pentru ca o conduită, o relație să fie interiorizată, trebuie ca ele, la fel ca și un aliment, să facă obiectul unei metabolizări, în urma căreia va fi hrănită personalitatea, dar ele vor reapărea sub o formă care

poate fi foarte îndepărtată de forma originală. Această digestie cere, pentru a se produce, presupune o componentă posibilă a agresivității (a mușca și a devora), cu o distrugere fantasmatică a obiectului cu care are loc relația. Aceasta ar trebui să fie suficient de stabilă și sigură, pentru a face tolerabilă această relație fantasmatică de devorare.

Instanțele personalității

Ele sunt rezultanta acestui proces. Sub această denumire sunt desemnate modele teoretice fictive destinate să descrie, organizând și schematizând, despre realitatea complexă a personalității. Ele se disting, în mod clasic, astfel:

• ***Sinele***, care reprezintă polul pulsional, instinctual, în întregime inconștient, funcționând după procesele primare și necăutând decât satisfacerea imediată a nevoilor și reducerea tensiunilor.

• ***Eul***, care se naște din sine, prin diferențierea progresivă a contactului cu realitatea la care trebuie să se adapteze pentru a supraviețui. El se formează datorită introiecțiilor și identificărilor. Este sediul mecanismelor de defensă și reprezintă instanța refulantă însărcinată să asigure echilibrul psihic, menținând tensiunile la nivel constant. El funcționează după legile proceselor secundare, dar rămâne în parte inconștient, mai ales la punerea în joc a mecanismelor de defensă.

• ***Supraeul***, care reprezintă funcția critică a aparatului psihic, depozitar al consemnelor morale legate de Eu. Funcționarea sa este în mare parte inconștientă. Rezultă din interiorizarea interdicțiilor parentale, dar care sunt profund transformate datorită investirii lor de către pulsiunile provenite din sine. Cu cât aviditatea unui subiect va fi mai mare, cu atât el o va simți mai destructivă și va interioriza mai puternic interdicțiile referitoare la voracitatea sa, sub o formă severă, imagine în oglindă a violenței dorinței sale.

• ***Idealul Eului***

S-au putut distinge două categorii de exigențe:

• *cinele interdictive*: „Nu trebuie să faci asta!";

• *altele optative, chiar imperative*: „ar trebui să fii astfel" sau

„tu trebuie să fii astfel".

Primele ar reprezenta Supraeul propriu-zis, cele din urmă Idealul Eului, un model căruia Eul trebuie să i se conformeze. Idealul Eului are ca scop chiar persoana subiectului, căreia îi propune o imagine perfectă a lui însuși. Este, deci, intim legat de narcisism și depinde de imaginea pe care părinții o au despre copilul lor. Fundamentul îl va constitui interiorizarea imaginii mamei asupra copilului său. Idealul Eului este deci depozitarul narcisismului infantil al subiectului și al celui al părinților săi, copilul căutând inconștient să se pună în locul obiectului ideal care ar putea cuprinde părinții. El vine în continuarea acestei perioade în care copilul are iluzia atotputerniciei sale: „ceea ce (omul) proiectează în fața lui ca ideal este substitutul narcisismului pierdut din copilăria sa; în acea perioadă, el însuși era propriu-și ideal" (Freud: „Pentru a introduce narcisismul" - 1914 - acest Ideal al Eului, depozitar al narcisismului infantil, parțial pierdut, permite explicarea manifestărilor atât de variate, cum ar fi fascinația amoroasă, dependența față de hipnotizator și supunerea față de lider, toate acestea reprezentând cazuri în care o persoană străină este pusă de către subiect în locul Idealului său al Eului. Un asemenea proces este situat *la baza constituirii grupului uman*. Idealul colectiv își datorează eficiența unei convergențe a „idealurilor Eului individuale": „... un anumit număr de indivizi au plasat unul și același obiect în locul propriului Ideal al Eului, în urma căruia ei s-au identificat unul cu altul în Eul lor" (Freud, Psihologie colectivă și analiza Eului, în „Eseuri de psihanaliză"). De unde caracterul pasional, chiar vital, al idealurilor și opțiunilor ideologice, care sunt direct legate de narcisism, adică de iubirea de sine și de reprezentarea ideală de sine, suport al sentimentului continuității și integrității noastre.

Cu cât narcisismul este defect, cu atât imaginea de sine va fi mai incertă și devalorizată, și cu atât subiectul va fi constrâns să-și redirecționeze investițiile asupra lui-însuși, pentru a restabili un echilibru și o unitate amenințate fără încetare. Acest lucru îl va conduce la un egocentrism și la atitudini de prestanță ,destinate să compenseze amenințarea care-l face să se replieze asupra

carenței sale narcisice. *Aici este unul dintre paradoxurile narcisismului, deoarece vom spune despre aceste personalități că sunt narcisice atunci când suferă de o carență narcisică.* Acest aparent paradox poate fi înțeles considerând că defectul narcisic este primar, rezultantă a unei perturbări relaționale precoce, în timp ce atitudinea narcisică compensatorie este secundară. Bolile și handicapurile diverse constituie asemenea răni narcisice, care pot antrena la rândul lor atitudini compensatorii.

Medicul este adesea însărcinat să reprezinte un suport narcisic pentru bolnav, imagine a atotputerniciei, fără să fie eliberat de ambivalență, care-l va restaura în integritatea sa. El vine, deci, adesea, să ia locul Idealului Eului bolnavului. Limbajul, pe parcursul construcției gramaticale, exprimă bine această capacitate reflexivă, specifică ființei umane, care-i permite să se vadă, să se judece și să se compare cu imaginea ideală pe care o are despre sine. Frazele de tipul „Eu mă acuz...", „Eu mă vreau...."pun în evidență faptul că subiectul nu este un construct compus și că a dobândit această facultate de a privi asupra lui însuși, dispariția acestei capacități, pe lângă anumite tulburări psihopatologice, scoate în evidență importanța sa în construcția personalității.

Structura și dinamica personalității

Conceptul de personalitate

O traducere liberă a unui vechi tratat american de psihologia personalității, (A.H. MURRAY,1948) spune aproximativ:

"Fiecare om seamănă dintr-un anumit punct de vedere cu toți ceilalți, el este și deosebit în parte doar cu unii (anumiți indivizi), dar nu poate fi la fel ca restul." Majoritatea capitolelor psihologiei sunt tratate dintr-o perspectivă generală, dar psihologia personalității se concentrează, din contră, asupra particularităților singulare ale individului. Ce determină aceste particularități?

Este imposibil să răspundem ehaustiv la această întrebare care pare atât de simplă. Cu o bază psihobiologică de peste 30 de

milioane de "geneze" (conform datelor prezentate de o recentă referire la "harta genomului uman") și un mediu înconjurător cu o infinitate de influiențe, omul are o istorie individuală provenită dintr-o cantitate incomensurabilă de transformări. Cercetarea științifică trebuie să filtreze această masă de variații, în prezent imposibil de monitorizat, îi va dezvălui complexitatea, iar ulterior va propune teorii și le va verifica experimental. Astfel, va rezulta o diversitate de perspective care finalmente, vor duce, probabil, la confuzie. Totuși toate conceptele de personalitate elaborate de-a lungul istoriei psihologiei, nu se pot abține să nu dea răspuns, la trei problematici fundamentale despre om, după cum urmează:

Structura individuală (individul)

Știm că omul prezentat în sistemele filosofice era considerat "individ " (efectiv o existență, o ființă indivizibilă), și nimeni din antichitate încoace nu s-a îndoit că el (individul), nu conține diferite componente psihologice. De aici se disting două direcții principale de apreciere:

Prima încearcă să stabilească o structură orientativă (de dispoziții) existențială, în care, după Aristotel, se diferențiază mai multe "graduații psihice" (entități existențiale vii):

- vegetative(plante)
- senzitive(animale)
- intelectuale: spiritul sau sufletul care, după Homer, poate apare la un anumit timp după moarte, în memoria celor vii, sub forma sufletului astral.

Cealaltă direcție e de aceeași părere asupra existenței unității individuale(element simplu ce nu se mai poate descompune), dar este opusă în raport cu forma realizării structurii, construcției (în constelații), a diferențelor "tipice" ale individului uman, față de ceilalți indivizi. Este ceea ce Theophrast, succesorul lui Aristotel în Lyceea, prezenta în circa 30 de tipuri umane, derivate prin diferențieri succesive.

Astăzi, după Herrman (1985), aceste două categorii de cercetători ai personalității, se regăsesc clasificați în "trataționiști" (teoreticieni ai proprietăților și însușirilor de personalitate) și în "interacționiști"(teoreticieni ai stuațiilor și interrela-

țiilor psihosociale).

Individuația-Individualizarea

A doua problemă istorică este următoarea:

• De ce anume depinde psihismul?

Această interogație asupra condițiilor fundamentale ale individului, îl preocupă de asemenea pe om, de-a lungul timpului (de demult).

Psihologia antică considera ființa umană ca un obiect al destinului, imaginea divinității,"zoon politikon",componenta naturii,etc.

La începutul timpurilor moderne, aceste imagini ale omului vor fi disociate într-o serie de"caractere". Inițial caracteriologia a căutat să definească "natura" intrinsecă a omului. Actualmente, se gândește (caracterologia) că acest obiectiv nu poate fi atins. De aceea se examinează mai de grabă rețeaua relațională a individului uman, considerat ca un sistem "corpus-mediu", în termeni de echilibru (stabil-instabil).

Din această perspectivă, omul este supus la trei dependențe fundamentale:

• Dependența sa organică-în primul rând, reprezentată de corporalitatea sa, individualizată biologic.

• Dependența sa socială-este supus influenței constante a mediului încojurător apropiat și îndepărtat, compus din persoane și lucruri.

• Dependența de un principiu dirijant-este interpretată în diferite moduri: ca o dependență față de mine, sau de forțe transcedentale, sau încă de o dezvoltare a sinelui și de maniera în care insul își conduce viața, și-și gestionează conflictele.

Pentru cercetarea psihologică a personalității, rezultă de aici trei nivele calitative ale studierii individului:

• Singularitatea sa (unicitatea psihică)

• Congruența (constanța în schimbare)

• Demnitatea (componentă a valorii)

Reunite, ele ar trebui să reflecte diversitatea nivelelor existențial umane, în aceeași măsură ca și unitatea misterioasă a omului.

Mobilizarea

A treia problemă de ordin general, privește "punerea în operă", angajarea spre manifestare, a forțelor psihice umane.

Unele optici doctrinare vor încerca să reducă psihicul uman la un principiu kinetic (de mobilizare, mobilitate, mișcare). Următoarele concepte se vor completa, deși, ca atare, ele sunt într-o rivalitate de designare relativă:

•Energia (forța psihică de bază, de exemplu"forța mea" (forța eului?).

• Pulsiunea (mobilități genetice, între altele și "pulsiunile inconștiente")

• Orientarea (vigilența dar și atenția de tip reflex cu privire la mediul înconjurător.)

• Impriting (= impregnare sau amprentă singulară ;-dispoziția ereditară a manifestărilor reactiv-comportamentale în perioadele anumitor faze "sensibile" de dezvoltare)

• Entelehia (Aristotel-în antichitate: direcție către un punct, astăzi: realizarea de sine)

•Achiziția (invățarea de-a lungul vieții).

• Motivația (teoriile cele mai diverse).

• Sociabilitatea(înlocuită astăzi de conceptul de dominanță intersubiectivă)

• Cogniția (interiorizarea mentală, crearea de linii strategice ale vieții)

• Homeostazia (flux de autoreglaje psihofiziologice)

Calculând numărul de combinații posibile doar ale acestor zece definiri principiale, vom înțelege că în evaluarea ființei umane, găsim limite.

Nu există astăzi o teorie valabilă a personalității construită pe criterii esențiale, care să poată da explicații exhaustive a supra specificității infinite și misterioase a persoanei umane

A. Morali Daninos 1963, consideră că ar exista următoarele funcții ale sistemului de personalitate, prin care aceasta se manifestă la nivel situațional și interpersonal:

• Funcția de identificare;

• Funcția de expresie;

- Funcția de adaptare;
- Funcția de diferențiere;
- Funcția de integrare;
- Funcția de proiectare în viitor.

Analiza acestor funcții permite observația că ele au un pregnant caracter proiectiv, vizând fie manifestări de proiecție, fie comportamentul expresiv-proiectiv, fie conduita proiectivă ca efect sumativ și emergent al primelor menționate. De aceea relațiile interpersonale, în toată varietatea lor nu pot exclude dimensiunile proiective orientate centrifug în vederea exteriorizării unei dinamici psihologice lăuntrice, într-un context situațional. Toate taxonomiile relațiilor interpersonale se referă la relații de comunicare, la relațiile emoționale (atracție, respingere, indiferență) sau la relațiile de putere. În psihologia socială, după J. Stoetzel, dimensiunile proiective ale relațiilor interpersonale au fost subsumate acestora, fără o aprofundare minuțioasă a lor.

M. Zlate, P. Golu, P. Popescu-Neveanu, ș.a. menționează că viața psihică se desfășoară, în fapt, la trei nivele: situațional-individual, interpersonal și grupal. La orice nivel însă, unicul purtător al psihicului este personalitatea. Această personalitate prin aspecte multiple, și în ceea ce ne privește și prin latura sa proiectivă, devine interpersonală și se manifestă variabil în funcție de aceste nivele. P. Golu abordează persoana concretă ca fiind marcată de o pregnantă influențare situațională care se manifestă psihosocial și se prezintă ca un construct intern ce dispune de următoarele laturi (1974, 17-p. 131):

- Latura intelectuală (totalitatea proceselor de cunoaștere);
- Latura proiectivă (dinamica trebuințelor, tendințelor, dorințelor, aspirațiilor, scopurilor);
- Latura efectorie, instrumentală (deprinderi, abilități, capacități, aptitudini);
- Latura relațională.

Persoana, în afara unui conținut propriu, cu manifestări de unicitate, dispune de laturi, tendințe și stări care-i sunt consubstanțiale, o definesc, îi asigură stabilitatea în timp și identitatea, permițându-i o pregnantă caracteristică interacțională. Prin toate aceste laturi proiectate expresiv și creativ, omul se manifestă plenar nu numai ca persoană, ci și ca subiect. Altfel, separat, nici conștiința, nici inconștientul, nici ego-ul ca organizator central al sistemului de personalitate, nu epuizează explicitarea manifestărilor subiectului uman. La aceste nivele de inferare, în psihologie se vorbește mai ales de disfuncții. Coincidența persoanei cu subiectul se proiectează sau se exprimă în exterior (centrifug) în "dăruirea socială a persoanei" (1974,-17, p. 130). Ea este evidențiată mai ales la nivelul relațiilor interpersonale caracteristice cuplurilor și grupurilor mici. Latura proiectivă reliefează la individul concret valoarea elementelor situaționale, în care manifestarea psiho-socială a persoanei, dă prioritate manifestărilor de proiecție, expresie, stilurilor, obișnuințelor, stereotipiilor, atitudinilor și pozițiilor de rol ale acesteia. În teoria dinamistă a lui K. Lewin, persoana apare ca un sistem cu granițe mobile, permeabile și relative, prin intermediul cărora o altă persoană, grup sau chiar o situație psihosocială, prin mijlocirea prescripțiilor, sancțiunilor și întăririlor, îi crează subiectului evaluări proiective, expectanțe și așteptări pe linie de rol. Din aceasta împrejurare, decurge conduita concretă a persoanei sub o formă expresivă a îndeplinirii funcțiilor conforme cu sine, pe de o parte și cu statusul și rolul său psihosocial, pe de altă parte. Aceste atribute psihosociale vor deveni prioritare pentru persoană și, după G. W. Allport, reprezintă o concretizare uzuală a "*Propriumului*" (nucleu al personalității). După R. Meili personalitatea se manifestă în exterior, se exprimă, și de aceea se "simte", se înregistrează de ceilalți, datorită faptului că-i este specifică manifestarea proiectivă. Manifestarea proiectivă este considerată în cadrul dimensiunilor de personalitate, acestea fiind definite ca *variabile constituționale* ale personalității ce au un anumit rol în cadrul "factorilor radicali", și care nu se pot exterioriza decât prin manifestări expresive de comportament (1964, p. 59).

R. Meili clasifică trăsăturile personalității în două categorii:

A. "Trăsături descriptive" cu

1) aptitudini, pulsiuni, interese;

2) trăsături dinamice;
3) trăsături morale;
B. "Trăsături explicative" cu
1) variabile fundamentale;
2) forțe;
3) construcții.

În cadrul "trăsăturilor explicative" variabilele fundamentale (1) pot fi:

a) variabile primare sau ***factori radicali*** pentru că sunt constituționali, și

b) variabile de comportament ce includ ***tipurile*** și ***dimensiunile*** personalității.Aceste dimensiuni sunt considerate din punct de vedere funcțional ca:

1. determinanți - variabile determinante ale personalității;
2. clasificatori - variabile orientative ale personalității.

Pentru H. Eysenck ele sunt marcate de proiecție reprezentând extroversia (introversia) și tendința nevrotică sau nevrotismul. Dar, în acest cadru explicativ, proiecția poate fi surprinsă mai ales la nivelul ***construcțiilor*** și ***forțelor*** care conform abordării psihodiagnostice a personalității propuse de acest autor ar reprezenta variabilele psihologice caracterizate printr-un deficit de conturare netă cum ar fi : structura Eului și Supraeului, motivația, nivelul conștiinței de sine, nivelul de aspirație, narcisismul ș.a.

Un model personologic din perspectivă proiectivă

Cele de mai sus menționează aspecte abordate din perspectiva manifestărilor de proiecție și proiectivitate și fac pregnantă utilitatea unui model personologic adecvat. Se acceptă în psihologia contemporană, că până în prezent nu a fost elaborat un model al personalității, fundamentat pe factori de valoare, veridici și valizi, sprijiniți pe dimensiuni esențiale. În ceea ce privește dimensiunea proiectivă a persoanei concrete, apreciată situațional și interpersonal, din punctul nostru de vedere considerăm că este tot atât de mult o ***realizare*** a unor potențialități cât și un ***răspuns*** la o lume organizată într-un anume mod. Se face aici distincția dintre procesele psihice pe de o parte înțelese

în accepțiunea lor curentă și trăsăturile, însușirile și factorii de personalitate pe de altă parte, care sunt sinteze, cristalizări specifice, întemeiate pe terenul proceselor psihice. Acestea din urmă, dacă sunt privite din perspectiva modelului necesar nouă, pot să fie de trei genuri: similitudini, diferențieri și unicități. Apreciem că ***unicitatea*** este în mod clar indicele distinctiv, markerul persoanei iar ***similitudinile*** sau ***diferențierile*** se "brodează", se încorporează, introiectează și se asimilează pe acest fundal conturat singular. Această unicitate ține de dimensiunea proiectivă a persoanei deoarece este conformă sau identică cu proiectul sau ipostaza umană a existenței și atestă de ce conștiința, care conform explicațiilor psihologice apare la trei ani, se prezintă numai ca o manifestare specific umană, deci ca aparținând unei entități care este ***persoana***, dar care, la rândul ei, se dezvoltă și desăvârșește abia în jurul vârstei de 30 de ani. Modul în care se însușește se asimilează și se manifestă aspectele diferențiale umane (deosebirile interpersonale) personologia le-a elucidat prin clasica baterie de criterii explicative a celor 4D: dezvoltare, devenire, dinamică, descriere. Modul în care se însușesc, se asimilează și se manifestă generalitatea (asemănările și similitudinile interumane) de asemenea au fost elucidate de personologie prin bateria de criterii explicative TICUS = totalitate, individualitate, concretitudine de manifestare unitară și sintetism. Se pare că numai aceste două genuri de manifestări (diferențiale și generale) sunt și cele care pot fi abordabile științific, adică prin raportare legică, ele fiind pluralități - multitudini, adică domenii unde pot fi decelate regularități, ordini, organizări, legi. Dar numai acestea.

Unicitatea, în schimb, în accepțiunea sa de singularitate considerăm că nu poate fi abordată legic. Nu există lege valabilă pentru un eveniment situație, sau ipostază singulară. Considerăm de aceea, că ea poate fi abordată numai proiectiv și privind numai manifestările sale ce pot fi raportate cazuistic (clinic).

Prezentăm un model generic personologic inițial, rezultat din perspectiva cercetării legate de manifestările de proiecție și proiectivitate:

În afară de fenomenologie, actualmente, numai proiectivitatea mai are posibilități relevante de a diferenția de exemplu personalitatea unui copil, de modalitatea de manifestare "copilăroasă" a adultului. Totodată ea reeșafodează psihologia clinică precizându-i sfera și conținutul (unicitatea persoanei), care fără proiectivitate s-ar rezuma a fi numai un capitol al psihologiei diferențiale, unde psihologia clinică s-ar prezenta doar ca o știință a deosebirilor dintre persoane. Dar nu numai psihologia clinică ar beneficia de aceste necesare delimitări. În primul rând și psihologia relațiilor interpersonale.

Acest model face posibilă înregistrarea a două categorii specifice de manifestări proiective.

• Manifestări proiective de profunzime care coincid cu manifestarea de dinamică proiectivă a persoanei sau cu unicitatea formulei sale de bază (fond). Ea este de cele mai multe ori cantonată inconștient deși în literatura de specialitate se atestă că există modele explicative care consideră personalitatea ca fiind, exclusiv, expresia unei înalte conștientizări.

• Manifestări proiective de expresie sau de suprafață și care în genere coincid cu manifestările de conduită proiectivă, exprimată prin diverse grade diferențiale sau de generalitate comportamentală (similitudini). În aceste manifestări proiective, structura de profunzime transpare într-o haină (travestire), uneori redundantă, alteori explicită, chiar supradeterminată. Altfel expus, manifestările proiective de profunzime ce se prezintă într-o modalitate ipotetic sincronă (instantanee), se realizează și se împlinesc ***diacronic*** (desfășurat), în expresie, sau în manifestările proiective de suprafață.

Însă, în acest context, la întrebarea dacă o manifestare expresivă, de suprafață, este direct reductibilă la activarea anterioară sau simultană a unei structuri proiective de profunzime, răspunsul este negativ, ori de câte ori ***actanța proiectivă*** lipsește (ca de exemplu în alienarea prin despersonalizare).

Aceasta deoarece factual tentativa afirmării funcționale a structurilor proiective de profunzime depinde de un triplet de

criterii:

• ***conținutul proiecției*** - practic neredundant (nucleele proiective fiind fixații, necirculante).

• ***relațiile structurante*** - sunt de tipul invarianței (nonplasticități, rigidități).

• criteriul ontico-***simbolic*** - este definibil prin tipurile de relații constitutive care sunt omologe ale celor ale persoanei și totodată ale celor din existență deoarece, (noi apreciem că) ***realul*** și ***proiectul*** sunt contingente sau se pot intrepătrunde condensând și exprimând emergent sinergic, o actanță proiectivă personală.

Diacronismul (discursul) proiectiv reprezintă travaliul, și perspectiva trecerii structurilor de profunzime în structuri de suprafață expresive. Cele două categorii de manifestări proiective (A și B) nu au legături liniare de determinare, sau cel puțin explicite. Ele apar ca un dublaj, așa cum umbra secondează obiectul. Manifestările acestea de profunzime îmbogățesc aparentul exprimat de persoane, fără să le împrumute (explicit) nici numele, nici cauzalitatea. Ele sunt proiecții de fond, care neînregistrând succesiunea se prezintă ca proiecții mai ales prin trăire interioară temporală. Aceasta,(Ed. Pamfil - D. Ogodescu) experiată subiectiv, reprezintă poate o modalitate de cunoaștere. Timpul interior nu este de așa de multă durată, cât este de fapt un ecran proiectiv și are de multe ori însușirile spațiului. El este resimțit ca o experiență trăită și nu ca un reper de ordin tehnologic cu diviziuni temporale (secunde, micro, etc). Timpul interior este trăit, fiind alcătuit din aceleași componente cu proiecțiile profunde personale.

Ecranul acesta proiectiv are mai degrabă caracteristicile unei spațialități interioare, care nu mai este nici episod nici "legendă" istorică, ci este o "scenă" trăită și populată simbolic, care se integrează, aparține și funcționează numai în actual. Aici este angajată combinația denumită de psihologia proiectivă ethos/eidos. Aceste manifestări de ordin proiectiv conduc la realizarea concretă a posibilului, care ontic reprezintă tot ceea

ce poate propune sau proiecta o persoană. Numai aici poate apare schimbarea probabilității, și care poate conduce la schimbarea deciziilor deci și a actelor noastre. Cercetarea dimensiunii proiective a persoanei valorifică explicit conceptul psihologic "***Ego***" înțelegând prin acesta organizatorul subiectiv intern al subiectului. Menționăm că termenul "Eu" de multe ori era prezentat în expunerile psihologico-personologice, ca fiind echivalent cu personalitatea.

Aceasta deoarece :

• Nu reflecta ceva (***procesele psihice*** reflectă lumea obiectivă prin produsele lor subiective-imagini, modele, simboluri) (izomorfismul dintre aceste entități a părăsit analogia și a intrat riscant precum în psihologia cognitivă în metafora a) brain sau b) computațională -cod mașină).

• Nu determină nimic. Orice manifestare de comportament sau de conduită este determinată de ***motivație***.

• Rezultă că doar ***orientează distinctiv*** insul, constituind registrul reperelor interne (cardinale, centrale sau facultative) specifice persoanei și îndeplinesc un rol antialeator și antientropic, fiindcă psihismul este structura care înfruntă mulțimea cea mai largă de evenimente perturbante-aleatorii.

Din perspectiva persoanei înțeleasă prin unicitatea sa ca "***eu***" am dedus următoarea componență structurală de model personologic:

Domeniul / Nivele	Plan psihologic	Emergența raportului conștient inconștient	Orientarea raportată în plan temporal	Descrierea sau expunerea realizării modelelor de personalitate	Vizarea ontică prin identificarea conduitei proiective
Persoana	Ego	• Percepția de sine • Imaginea de sine • Conștința de sine/ lume	Prezentul actual	• Trăsături • Configurații • Profile	• Relații existențiale • Identificarea proiectivă prin predicația „a fi" Ex: „Așta sunt/este"
	Proprium	• Stima de sine • Constiința imperativă • Constiința optativă	Actualul proiectat în viitor	• Însușiri • Atribute (statut/rol)	• Relații patrimoniale • Identificarea proiectivă prin predicația „a avea" Ex: „comoara - posesia - privilegiul frustrația
	Stil	Reglajul defensiv prin: • scheme funcționale de permanență • optimuri funcționale • atitudini creative • spontaneitate - euristică	Actualul înglobând proiectiv trecutul, prezentul și viitorul	• Factori • Superfactori (BS) • Constructe personale și cadențe ritmico tematice • Maniere reglatorii optimale și de depășire • Manifestări elaborativ creative (banal/original)	• Relația de prezentare reprezentare (delegare) • Identificarea proiectivă prin predicația „a face" Ex: „așa pot, așa sunt. asta este"

Esențialul modelului prezentat ține sub aspect proiectiv de emergența raportului conștient-inconștient ce se prezintă ca un nivel limită de funcționare a psihismului care începe cu proiecția și se manifestă cu înțelegerea (inter-ligare) persoanei cu mediul, cu semenii și cu sine. Proiectiv această emergență începe cu ea și se realizează prin ea. Deși o include se delimitează de conștiința de sine și de autoconștiință deoarece implică o impresie timică foarte discretă de existență (***sunt)*** proiectată foarte difuz, nespecific pe un ecran de proiecție, înregistrare (***aici)*** și într-o secvență de moment de-abia temporalizată (***acum***). Toate acestea definesc proiectivitatea ca o calitate a sistemului psihic uman și a sistemului de personalitate și explică de ce aceasta se prezintă dinamic ca un fond ***actual,*** marcat de ***continuum*** obiectal, emoțional, relațional, integrativ-grupal. Mai definește de asemenea faptul că ego-ul sau personalitatea nu include numai ***ceea ce este*** personal, caracteristic insului, ci și ceea ce este important pentru el și-i dimensionează în mod distinctiv posibilitatea de a corela tendințele sale interne, intime cu relațiile externe, aspirația de identificare cu idealuri plăsmuite sau abstracte, în virtutea continuei sale autodepășiri. Maniera sa se proiecteză prin manifestările elective, opționale, pe un ecran proiectiv cu un schelet temporal actual (continuum), și se proiectează, se așează adică se raportea ză față de situațiile din lume nu numai imediat, impulsiv, reflex, ci și deliberat cu judecată, ales. Opțiunea este o derivată a posibilului iar acesta este în fapt un proiect, un produs al combinatoricii proiectiv-imagistice magice, logice, euristice sau personale, adică o manifestare marcată de o dinamică proiectivă liberă, preferențială și distinctă, cu un specific subiectiv-personal. Prin proiect prototipic (ca ipostază a existenței), omul, prin manifestările sale de proiecție și proiectivitate se prezintă ca fiind prin excelență o ființă liberă, având capacitatea de a-și face prin el însuși lege (*auto-nomia*), de a deveni singur tot mai liber, sau tot mai neliber. Libertatea, psihologic vorbind, reprezintă o țintă (obiect proiectiv) sau ecran proiectiv, iar când este o cauză, devine o formă a motivării progresive sau

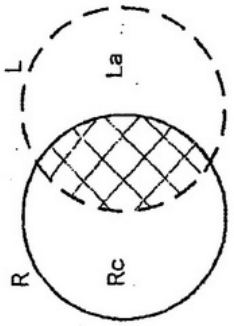
regresive în ordinea conduitelor orientate adaptativ. Se pare că în raportul optimal condiționat psihosocial și istoric dintre libertate și responsabilitate stă reperul programatic al orientării conduitei proiective de specific uman. Responsabilitatea depinde și ea de proiectul prototipic uman, denotând că omul posedă o natură de manifestare distinctă, prevăzută cu capacitatea de a răspunde și a se adecva printr-o formulă de răspunsuri expresiv-proiective, la o infinitate de incitații, solicitări, chemări, etc. El își dezvoltă progresiv maniere de răspuns tot mai expresive cuprinse între modul de reacție, reflex-orb și conduitele expresiv-proiective adecvate până la măiestrie, fiind marcat de responsabilitate optimală în situațiile sale adaptativ-libere. Formula proiectiv personală este plasabilă între aceste două extreme (reacția reflexă și manifestarea responsabilă expresivă) având o variabilitate dependentă atât de factori proiectiv situaționali cât și de stările interne proiectiv tematice, și se definește cu termenul de confruntare subiectivă. Aici de regulă se menționează că există:

- o ***responsabilitate față de*** ceva, adică obiect (*Alter*, valori, lucruri) reprezentând integrarea acestuia în câmpul conduitelor proiective semnificative pentru subiect
- o ***responsabilitate în fața cui,*** reprezentând conduita proiectivă raportată la un ecran proiectiv de înregistrare, reprezentând instanțele interne ale personalității (ego), sau instanțele externe, sau "delegările" sale: legi, normative, valori.

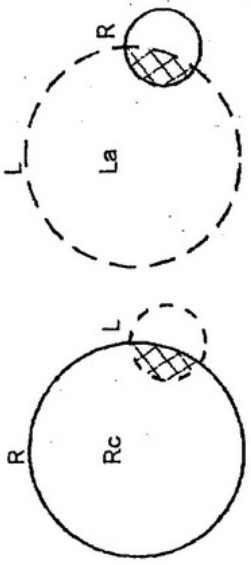
Modul ideal al raportului dintre liberate și responsabilitate la nivel de persoană l-am reprezentat sub forma a două cercuri concentrice în figura 1 a modelului nostru. Modul uzual denotă că sub orice aspect, responsabilitatea se intersectează cu libertatea ca manifestare umană nu numai la nivel personal ci și la nivel interpersonal. Reprezentările particulare deficitare ale raportului dintre libertate și responsabilitate atestă că ceea ce nu se intersectează poate fi fie constrângere resimțită proiectiv, subiectiv (Rc), fie manifestări arbitrare (La) așa cum se poate constata în figura menționată.

1. Reprezentare a modelului ideal

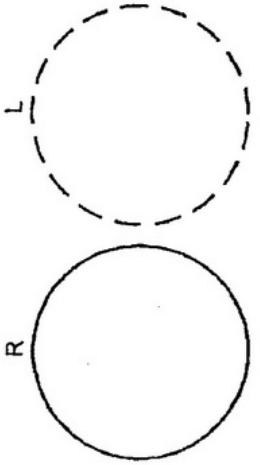
2. Reprezentare a modelului uzual, firesc



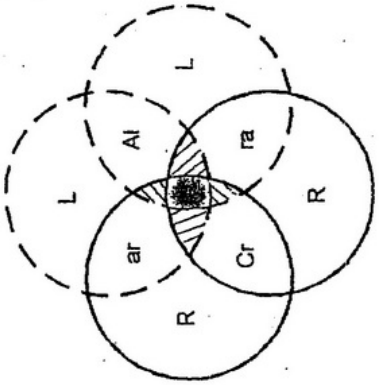
3. Reprezentare a modelului particular și deficitar



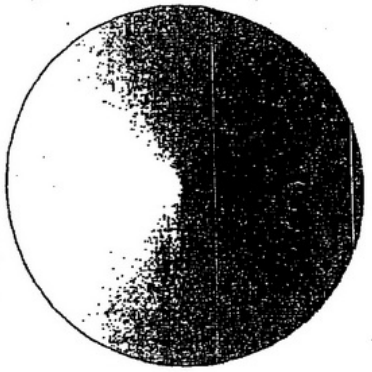
4. Reprezentare a modelului alienat maladiv



5. Reprezentare a modelului interpersonal



6. Reprezentare a polimorfismului interpersonal particular



• Aceste situații particulare pot să conducă și la reprezentarea unui model alienat al raportului dintre responsabilitate și libertate așa cum apare în reprezentarea din figura 4. Infinitatea polimorfismului interacțiunilor interpersonale nu poate fi redată și am realizat doar o manieră înlocuitoare furnizată de computer.

REPERE METODOLOGICO-APLICATIVE

Anamneza psihomedicală -esența investigațiilor de psihologie clinică

Prof. M Lăzărescu precizează într-un studiu de medicină generală, că în vederea stabilirii unui diagnostic, a unei conduite terapeutice și a unui prognostic, medicul are nevoie de un set de informații despre persoana bolnavă, informații pe care să le compare cu ale sale. Pe lângă informațiile care rezultă din examenul nemijlocit al stării actuale ("examenul obiectiv", se spune adesea) și din examinările de laborator (sau "paraclinice"), el trebuie să obțină și date despre debutul și evoluția stării de boală până în momentul examinării (de obicei, a "simptomelor"care pot fi corelate cu starea actuală de boală). Și, de asemenea, are nevoie, de obicei, de informații despre trecutul pacientului până la debutul bolii. Aceste două ultime seturi de informații se obțin de obicei prin intervievarea pacientului și a celor apropiați lui, făcându-se apel la memoria lor (la reconstituirea din memorie a acestui trecut; de unde și expresia grecească de "anamneză", care s-ar putea traduce aproximativ prin "reîntoarcerea în memorie".

Anamneza psihomedicală țintește, în primul rând, reconstituirea datelor de istoric al persoanei bolnave. Se vor căuta astfel, în mod sistematic,-prin întrebări țintite-, informații despre:

• antecedente patologice heredo-colaterale: refăcând arborele genealogic, se investighează eventuala prezență a unor boli cu potențial de transmitere genetică, în forme evidente sau atenuate ("echivalente" de boală);

• antecedente patologice eventuale în perioada de parturiție a mamei;

• antecedente "fiziologice" (dar cu eventuale variante anormale sau patologice) privitoare la:

- momentul nașterii (la termen, prematur, tardiv, cu sau fără probleme obstetricale);

- dezvoltarea bio-psihică în primii ani, mai ales cu privire la orarul acestei dezvoltări (dacă creșterea ponderală a fost normală, dacă s-a produs la timpul normal mersul, dentiția, vorbirea, etc.);

- dezvoltarea bio-psihică până la adolescență (ca ritm, ca particularități);

- modalități de desfășurare și de depășire a "perioadei critice" a pubertății și adolescenței (inclusiv la fete apariția menstrei).

•Contextul social școlar-profesional - care absoarbe zilnic o mare parte din timpul subiectului, îl aspiră, îl motivează, îi dă sens și multiple satisfacții;

• Contextul familiei proprii, pe care el și-a întemeiat-o și în mijlocul căreia există actual;

• Contextul "informal" al prietenilor și al cunoștințelor, mai constante sau mai întâmplătoare.

În continuare, vom prezenta aspecte mai importante pentru psiholog ale cercetării anamnestice a contextelor micro-sociale în care el se dezvoltă, aspecte de investigări socio-familiale și profesionale, precum și probleme - mai speciale - a "evenimentelor de viață stresante", toate în perspectiva unei "anamneze biografice".

Pentru o anamneză biografică este deseori important să se reconstituie *ambianța psihologică familială în care pacientul a crescut ca și copil*. Acest fapt are importanță pentru structurarea sa caracterială, tipologică, pentru maturizarea sa, pentru structurarea unor motivații profunde (inconștiente) ce pot sta la baza unor conflicte intrapsihice care să creeze anumite predispoziții pentru boli psihosomatice sau pentru reacții la situația de boală. Putem sublinia următoarele aspecte:

• Copilul (pacientul ca și copil) poate crește într-o familie nucleară sau "nenucleară". O familie nucleară este formată din tată, mamă, unul sau mai mulți copii și eventual încă un membru

al familiei. În familia nenucleară lipsește, de la un moment dat, tatăl sau mama (sau ambii), copilul putând fi crescut cu un părinte vitreg, cu lipsa afectivă a unuia sau a ambilor părinți, crescut de rude, bunici, mătuși, crescut la orfelinate, etc. În cazul unei familii nucleare, merită reconstituită:

• atitudinea educativă constantă a cuplului familial asupra copilului;

• atitudinea individuală a părinților față de copii și a copilului față de fiecare părinte;

• relațiile copilului cu ceilalți membri ai familiei (frați, bunici, alte rude cu care conviețuiește, etc.).

În cadrul familiei nucleale, părinții pot avea față de copil diverse atitudini particulare (exagerate, anormale). Dintre acestea, menționăm:

• atitudinea de captare: părinții încearcă "să-l lege" pe copil de orbita familială, interzicându-i contactele cu alții, verificându-i prietenii, făcând vizite și concedii "în familie", gratificându-i în mod repetat pentru prezența în familie și sancționându-l pentru absențe;

• atitudinea de rejecție și dezinteres: familia nu se interesează de copil, îl lasă în voia soartei, nu-i satisface solicitările, tinde să-l îndepărteze, să "scape de problema" acestui copil, etc;

• atitudinea "delegativă": familia caută să realizeze prin copil speranțele, dorințele și idealurile nerealizate ale părinților (de exemplu: tatăl care nu a reușit să devină medic caută cu orice preț să-l facă medic pe copil, sau părinții care au avut greutăți materiale se străduie ca fiul lor să nu aibă nici o problemă materială, etc.);

• atitudinea de "descărcare necontrolată" asupra copilului: părintele face din copil "un țap ispășitor"; adică, starea sa de nemulțumire o descarcă asupra copilului, pe care-l poate "domina" și care-i "aparține" (deci poate face cu el tot ce dorește: astfel, de exemplu, dacă tatăl vine de la servici criticat pe nedrept de către șef, el se poate "descărca" pe soție, certând-o din motive nesemnificative; iar aceasta, mama, nemulțumită și ea, intră în "tensiune psihică", se descarcă în continuare pe copil, bătându-l pentru motive minore). Într-o altă variantă, familia, tatăl și mama, se comportă "nerațional" în educarea copilului, sancțio-

nându-l sau gratificându-l în mod arbitrar, fără o legătură sau logică cu ceea ce copilul face; sau chiar împotriva sensului comportamentului acestuia, creând astfel derută în copil.

În ceea ce privește raporturile directe, este deosebit de importantă relația mamă-copil. Un aspect psihologic "clasic", mereu invocat și prezentat, este cel al "mamei" hiperprotectoare. Aceasta caută să domine în permanență copilul, să-l controleze în tot ce face, simte și gândește, să-l dirijeze permanent. Ea intervine în aspectele intime ale vieții subiectului, cum ar fi îmbrăcămintea, igiena corporală, mâncarea, relațiile afective, etc.; și aceasta, chiar și în perioada în care el se apropie de maturitate (sau ar trebui, după ani, să fie matur). Un astfel de comportament hiperprotector-dominator, evident că inhibă dezvoltarea și maturizarea armonioasă a psihoafectivității subiectului. Dar ea poate fi parțial declanșată de o inițială apatie sau abulie a copilului, care declanșează în mamă, în manieră anxioasă, sentimentul hiperprotecției, cu crearea unui cerc vicios. Apoi, în altă variantă, mama poate fi indiferentă, "rece" afectiv, neglijând copilul care trăiește astfel un sentiment de "frustrare" afectivă cu posibile consecințe tardive. Mama anxioasă poate induce în copil anxietatea. În sfârșit, mama poate fi prea atașată de copil, făcând din el un partener al singurătății sale, captându-i întreaga afectivitae, "seducându-l", dându-i mesaje cu dublu sens "verbal" și "nonverbal", etc. La rândul său, tatăl se poate comporta anormal: el poate fi prea "șters", absent din educația copilului, neoferindu-i modele de identificare, de educație și comportament; sau poate fi brutal, agresiv cu întreaga familie. Are importanță să investigăm și de cine a fost copilul mai atașat în copilărie (de mamă, de tată sau de altcineva). Și la fel, se poate investiga cum a fost el cuprins în dinamica afectivă a familiei, în condițiile familiale, etc.

Un alt aspect al contextului îl reprezintă *propria familie a pacientului*. În acest plan, în primul rând, trebuie clarificată tipologia caracterială a partenerului în raport cu cea a subiectului, relațiile interpersonale constante care s-au stabilit între aceștia (de mutualitate, de dominare-supunere, de respingere și tensiune agresivă permanentă, ambivalente, de indiferență și înțelegere "contractuală", etc). Apoi, trebuie stabilită structura familiei

proprii, dinamica afectivă a acesteia, locul subiectului în această dinamică (conflicte, responsabilități, etc.). În sfârșit, trebuie stabilită independența subiectului căsătorit și cu familie proprie în raport cu propria-i familie de origine, atât în cazul în care noii căsătoriți sunt fizic despărțiți de părinți, cât și în cazul în care conviețuiesc împreună.

Microgrupul social al locului de muncă reprezintă și el un aspect al contextului uman în care se desfășoară viața subiectului. Analiza acestui cadru este legată, în primul rând, de poziția pe care persoana o ocupă în microgrup prin statutul și rolul său social, profesional și de responsabilități. Subiectul poate fi angajat în munci de răspundere sau de execuție, în activități în care trebuie să îndeplinească programe. Contează apoi relațiile din cadrul microgrupului profesional, atât pe verticală (superiori și subordonați), cât și pe orizontală (parteneri).

Microgrupul informal al prietenilor și cunoștințelor definește, în mare măsură, subiectul în perspectuva sociabilitălii și moralității. (Există dictonul "spune-mi cu cine te-mprietenești, ca să-ți spun cine ești"). E vorba de un context social care, de obicei, este "compensator" față de celelalte, oferind satisfacții, etc.

Contextele microsociale de existență oferă un cadru de existență, de realizare și împliniri, de satisfacții; și, mai ales, de protecție și compensare psihoafectivă. Dar ele pot fi și sursa unor conflicte, frustrări și stresuri psihice prelungite, care joacă un rol important în sănătatea biologică și psihică a persoanei.

Datele contextelor microsociologice vor fi urmărite și notate în perspectiva principalelor capitole ale istoriei diacrone ale vieții. Astfel, se va nota:

• *istoria persoanei în prima copilărie* va investiga dezvoltarea psihomotorie, ritmul câștigării achizițiilor psihice ale copilului în contextul familiei sale de origine, tipologia sa temperamental-caracterială din perioada preșcolară.

• *istoria formării și existenței școlar-profesionale* a subiectului va urmări tipul de școli urmate, randamentul obținut, încadrarea în colectivitate,etc. În perspectiva formării profesionale se pot urmări locurile de muncă succesive și caracteristicile inserției în microgrupul profesional actual. Se pot nota satisfacțiile și

insatisfacțiile (conflictele, stresurile) legate de muncă și de ambianța locului de muncă.

• *istoria constituirii propriului grup familial* implică investigarea experiențelor afective și erotice din adolescență, motivația constituirii cuplului, corelația caracteriologică, independența cuplului, amplificarea sa, problemele intrafamiliale de-a lungul timpului și situația actuală.

Se investighează, concomitent, structura relațiilor de prietenie și a celor de "cunoștințe".

Structura tipologic-caracterială a pacientului se descrie separat.

Un aspect deosebit al anamnezei biografice constă din *notarea și sublinierea evenimentelor de viață personale*, importante, semnificative, uneori stresante sau cu o valoare deosebită pentru existența personală a subiectului. Aceste evenimente de viață pot fi de mai multe feluri:

În primul rând, sunt de notat stările de "tensiune psihică" sau "conflict intrapsihic" uneori permanent, care derivă dintr-o anumită structurare a relațiilor interpersonale și a responsabilităților în cadrul *contextelor personale existențiale*: în familia de origine sau în aceea proprie constituită, la locul de muncă sau în raport cu cunoștințele. Aceste tensiuni sunt de obicei prelungite, fiind resimțite ca o apăsare permanentă, zi de zi, solicitând subiectul pînă la epuizarea intimității și familiarității sale psihice.

În al doilea rând, sunt de menționat *schimbările de viață care plasează subiectul într-un nou context* (existențial) de relații interpersonale, solicitări și responsabilități, probleme, șanse, etc.

Majoritatea acestor schimbări de viață sunt firești, în sensul că urmează să se petreacă natural, aproape similar pentru fiecare persoană. Așa e, de exemplu, terminarea unei școli și începerea alteia, terminarea școlii și începerea profesiei, avansarea în funcție, schimbarea domiciliului (sau a țării), căsătoria, nașterea unui copil, pensionarea, etc. În toate aceste împrejurări, subiectul trebuie să facă un efort de readaptare, de reorganizare a existenței sale în raport cu o serie de elemente noi: de persoane noi, probleme noi, situații și solicitări noi. Acest efort de readaptare stă la baza eventualelor decompensări psihice sau fragilizări pentru suferințe somatice.

Alte schimbări în viață sunt ceva mai deosebite, dar nu extraordinare, fiind de analizat în cadrul istoriei de viață proprii unei persoane; așa ar fi, de exemplu, întreruperea studiilor, divorțul și recăsătorirea, apariția neprevăzută a unei noi persoane în familie, o îmbolnăvire personală, boala și moartea unei rude sau a unei persoane apropiate.

În sfârșit, alte schmbări de viață sunt ceva mai neobișnuite, ca de exemplu, un conflict cu legea, evenimente "neașteptate" în raport cu propriul copil care, să zicem, părăsește neavizat casa, etc. În ansamblu, însă, toate aceste evenimente de viață ce sunt legate de schimbări, de modificări ale sistemului relațional, ale ambianței existențiale se leagă, într-un fel sau altul, de drumul de viață propriu al subiectului, nu apar ca ceva cu totul neprevăzut. Ele constituie o posibilă sursă de emoție, de "stres psihic", de "psihotraumă", dar de altă natură decât cele care derivă din tensiunile zilnice în cadrul unuia din contextele microsociologice menționate (familie, profesie, etc.).

În afara celor două tipuri de "psihotraume" menționate mai sus (prin presiunea contextului și prin schimbări de viață) mai putem menționa și alte tipuri.

Un tip de psihotraumă deosebită este cea care derivă dintr-un *eveniment independent de drumul de viață al persoanei și neprevăzut*, eveniment care creează pentru subiect o stare reactivă acută, o situație emotivă sau conflictuală care-l surprinde, care-l ia pe nepregătite. Astfel, putem menționa:

• o spaimă bruscă (de exemplu: . subiectul este atacat pe stradă de răufăcători, trăiește eminența unui accident de circulație, este martorul unui cutremur, a unui incendiu în care a fost în pericol, era să se înece, etc);

• o pierdere neprevăzută (de Exemplu: . află de moartea cuiva apropiat, despre pierderea averii, a prestigiului, etc.).

Trăirile emotive angajează ansamblul persoanei îngustând, pentru moment, câmpul de conștiință și creând o tensiune și o bulversare corporală globală. În emoții, avem modificări ale tonusului musculaturii striate, spasme pe musculatura netedă, descărcări endocrine, modificări ale funcției cardio-circulatorii

și respiratorii, etc. Aceste modificări corporale variază în funcție de tipul emoției (spaimă, furie, plâns, etc.); ele persistă în cazul în care starea emotivă este prelungită sau aparent dominată, "inhibată", reprimată. Deseori, după psihotrauma emotivă cauzată de vestea unei pierderi, urmează și evenimentul de viață derivat din schimbarea unui context existențial; dacă a murit cineva în familie, altul va fi sistemul de relații căruia subiectul trebuie să se adapteze.

• o tensiune conflictuală sau tensional reactivă, independent de voința și drumul de viață firesc al subiectului, poate însă dura și un timp mai îndelungat. Astfel, de exemplu, o amenințare poate ține în tensiune un subiect mai mult timp decât o spaimă situațională. La fel, o jignire din partea cuiva poate fi circumstanțială, urmată de scuze și reîmpăcare, dar ea poate persista, se poate repeta, menținând un timp o stare de tensiune încordată.

Menționăm și faptul că "psihotraumele" se pot repeta la intervale de timp mai mari sau mai mici, potențându-se reciproc: mai multe spaime mari, trăite în viață, pot face omul mai "sperios", mai sensibil la psihotraume noi, etc.

Psihotraumele corelate unui proiect existențial activ.

Un alt tip de eveniment de viață negativ, psihotraumatizant, constă din *eșecul unui proiect existențial*. Acesta poate fi legat parțial cu aspectele exterioare ale existenței personale (sisteme de relații, activitatea, etc.), dar, în esență, este vorba de o dramă ce se petrece predominant în câmpul subiectivității insului. De exemplu, un subiect poate să trăiască un eșec în dragoste; dar această dragoste a lui a putut fi împărtășită sau nu; deseori poate fi vorba despre o situație în care partenerul vizat nici nu știe suficient de clar că este iubit și dorit; și astfel, eșecul este în primul rând eșecul unui proiect interior. La fel stau lucrurile și în cazul eșecului unui proiect de realizare sau promovare prin activitate. Subiectul vrea să realizeze o operă (științifică, artistică, etc.) și se angrenează intens în această direcție; ceilalți pot fi mai mult sau mai puțin implicați; iar în cadrul unei nereușite finale - a eșecului - contextul socio-psihologic, în care subiectul trăiește,

poate fi implicat într-o măsură foarte mică.

În raport cu această situație a psihotraumei eșecului, ce devine evident pentru subiect - și care implică în mare măsură subiectivitatea sa, proiectele, imaginația, speranțele, așteptările, amăgirile sale, etc. - există și modalități în care aspectul psihologic negativ (aspectul "psihotraumatic") este corelat în primul rând cu tensiunea angajării subiectului pe calea realizării proiectului său. Este vorba acum mai ales de epuizarea subiectului prin tensiunea crescută din perioada unei munci persistente sau a unei stări conflictuale încordate. Deci, de o stare de supraîncordare. Sau, sub alt aspect, de "încărcare cu responsabilitate" pe care o resimte persoana angajată.

Mai e posibil ca starea reactivă să apară o dată cu terminarea unui proiect în care subiectul a fost angajat intens; și chiar dacă el s-a terminat cu bine. În această perioadă de destindere, de descărcare, de relaxare, pot apărea la suprafață aspecte neplăcute, stări de suferință sau de boală, care au fost stăpânite, dominate de subiect în perioada de supraîncordare.

O situație psihică neplăcută este și *frustrarea*. Eșecul este de obicei eșecul unui proiect, prin care nu se realizează o dorință sau o speranță. Când subiectul pierde ceva important ce-i aparține, el trăiește o psihotraumă care, de obicei, induce depresia. Dar o stare neplăcută și nefavorabilă apare și când subiectului nu i se satisface o pretenție legitimă. De exemplu, copilul care dorește afecțiune și dragoste este lipsit, "frustrat"de dragoste de către părinți. Sau, tânărul poate fi frustrat de șansa școlarizării, adultul frustrat de stimă și considerație, etc.

Frustrarea poate fi legată de o situație definită care, prin aceasta, devine psihotraumatizantă. Dar, cel mai des, frustrarea exprimă o situație prelungită, ea creează în om nemulțumire, tensiune, revoltă, neîmplinire, etc. O stare de tensiune psihică - cu importanță în patologia psihosomatică - constă în frica de a nu pierde sau de a nu obține ceva important, la care subiectul ține. Frica (conștientă sau inconștientă) de a fi frustrat de dragoste și protecție, este un important factor psihostresant. Desigur, ea poate fi potențată de imaginație și e dependentă de maturitatea afectivă

a subiectului. De obicei, apare în aceste împrejurări o stare de încordare permanentă și de așteptare anxioasă tensionată.

Un alt aspect pe care-l menționăm este *conflictul intrapsihic*. Subiectul poate fi în conflict cu el însuși; adică să se împotrivească unor porniri și acțiuni proprii, să se dezică de ele, să le condamne, să le reprime. Acest conflict intrapsihic poate fi mai conștient sau mai inconștient, legat de unele evenimente concrete, actuale; sau legat de situații semnificative din cursul ontogenezei. Doctrina psihanalitică a acordat un mare rol conflictelor intrapsihice inconștiente care ar lua naștere în prima copilărie, în cadrul raportării formative a copilului la părinți. Conflictul intrapsihic este, de obicei, generat și întreținut de instanța conștiinței morale, generând un orizont de culpabilitate.

Evenimentele deosebite, stresante de viață, frustrările, conflictele intrapsihice, toate se pot cumula și intercondiționa. Ele se corelează cu structura caracterială a persoanei și pot juca un rol important în apariția unor stări psihice anormale sau în declanșarea și întreținerea unor boli cu implicații psihosomatice.

Operaționalizarea variabilelor psihologice-esența investigațiilor paraclinice (testologice)

În prestațiile sale, psihologul clinician este adesea solicitat a utiliza cele mai adecvate testări psihologice în sensul exigențelor psihodiagnozei științifice și al oportunității maxime, apreciată în raport cu situația reclamată de starea particulară a persoanei investigate. El este pus atunci în situația de a utiliza criterii selective corespunzătoare pentru a-și realiza optim obiectivele necesare . În mod pratic, el trebuie să folsească și uneori să construiască în mod competent și eficient instrumentele utile, testele psihodiagnostice , pornind de la variabilele psihologice relevante, așa cum sunt ele definite în orice manual de psihodiagnoză. Apoi va urma să-și finalizeze demersul, urmând o serie de procedee tehnice relativ fixe, algoritmizate. Dar chestiunea variabilelor psihologice rămâne aspectul realmente problematic al demersului de psihologie clinică, datorită unor multiple condiționări de ordin metodologic, situațional, informațional, și

mai ales faptul că cerința standardizării în acest context, este extrem de nuanțată, particularizată. În cele ce urmează ne propunem să aducem în discuție problema variabilelor operaționale ale psihologiei clinice, considerată pe bună dreptate ca fiind cea mai complexă cerință din punctul de vedere al operaționalizării asistenței persoanei. Aceste variabile reprezintă de fapt componente și atribute ale sistemului psihogenetic intern, care mediază și condiționează traiectoria și parametrii concreți de autoreglare-adaptare ai individului uman.

Într-o exprimare sintetică, ele ne redau individualitatea integrală a subiectului, la momentul dat.

Pregnanța și importanța acestei determinații plurifactoriale sunt atât de evidente, încât ele au impus psihologiei clinice un principiu cu valoare metodologică și programatică - principiul individualizării.

Luat, însă, într-o accepțiune analitică, termenul de variabile psihologice, ne obligă la dezvăluirea, identificarea și evaluarea în scop de asistență psihologică a unor entități specifice, care-și pun direct amprenta atât asupra modului de formulare a obiectivelor activității de asistare concretă, cât și asupra calității de ansamblu a activității recuperative pe care o desfășoară specialistul aspra subiectului deservit.

Firește, ca o formă principală și dominantă de activitate pentru particularțățile persoanei, practica psihologică solicită și angajează personalitatea subiectului în întregul ei, și nu doar în segmente particulare anumite, așa cum sunt prezentate ele în diverse studii experimental-aplicative.

Totuși, se poate spune că în prim plan, se situează solicitarea mecanismelor și funcțiilor psihice. De aceea, pentru practicieni, cunoașterea și luarea în seamă a variabilelor psihologice capătă o importanță mai mare decât cunoașterea și luarea în considerare a variabilelor fizice și biologice ale insului. Pornind de la locul și rolul pe care îl au în structurarea și desfășurarea activității, se impune recunoașterea identității distincte a următoarelor variabile psihologice:

- Structura cognitivă;
- Structura motivațională;

Biblioteca Centrală Universitară
TIMIȘOARA
"EUGEN TODORAN"
598.625

• Structura afectivă;
• Structura volitivă;
• Structura de vigilență (atenția).

Atributul de "variabile" pentru fiecare din aceste entități (ca să nu spunem mărimi) are un dublu aspect: unul constituțional-genetic, constând în aceea că în plan individual, în situația sa concretă, toate se află în plin proces de devenire; altul interindividual, rezidând în aceea că nivelul lor de structurare și funcționare diferă semnificativ în interiorul aceleiași perioade de vârstă, context psihosocial, sau existențial.

• ***Structura cognitivă*** include trei componente, a căror determinare și evaluare reprezintă o condiție esențială a întemeierii optime a activității de asistare clinico-psihologică.

I nivelul inteligenței generale, pe care putem să-l evaluăm cu ajutorul oricărei scale de inteligență (de pildă, scala Wechsler - WISC sau matricele progresive Raven ș. a.)

• sistemul informațional este exprimat de ansamblul cunoștințelor care constituie suportul de orientare și ghidare a atitudinii cognitive și a acțiunii; sistemul informațional poate fi evaluat prin probe sau inventare psihodiagnostice pe care le putem elabora de ex. prin raportarea la etaloanele de nivel, prezentate în manualele de psihologie developmentală.

• sistemul operațional, care definește modul de abordare și rezolvare a sarcinilor și situațiilor problematice; pentru evaluarea acestuia, putem să luăm drept cadru de referință de ex. stadiile stabilite de J. Piaget: sensorio-motor, preoperator, operator concret, operator abstract (formal).

În cadrul activității adaptative, structura cognitivă joacă rolul de factor și mecanism de procesare, integrare, utilizare a coținuturilor - cunoștințe, scheme, principii, formule, legi, deprinderi mintale și motorii, strategii de orientare și abordare a problemelor de diferite tipuri. Nivelul și starea ei la momentul dat determină calitatea actului de adaptare în raport cu cerințele situației. Astfel, structura cognitivă este aceea care poate face, de pildă, ca în plan intern, acțiunea să se realizeze conștient sau mecanic, reflex (informațiile fixându-se în formă brută, fără

conexiune cu cele existente în structura cognitivă actuală și fără raportare la ce se poate face cu ajutorul sau pe baza lor); fidel (conținuturile asimilate receptându-se și integrându-se fără denaturări) sau eronat (cunoștințele receptându-se și fixându-se cu erori care le anulează valoarea instrumental-aplicativă); complet (întregul câmp de solicitări fiind receptat și însușit) sau lacunar (atât în receptare, cât și în procesare-integrare înregistrându-se serioase pierderi și omisiuni); creativ (raportare sui generis cu valențe noi) sau reproductiv (materialul rămânând în forma și în limitele de aplicabilitate stabilite anterior).

• ***Structura motivațională*** cuprinde impulsul propensiv de a face , interesul și trebuința de a ști, de a înțelege, de a crea. Ea reprezintă factorul și mecanismul dinamogen, de direcționare și susținere - patentare a activității generale de învățare, creând un montaj sau o stare specială de set, în raport cu fluxurile externe de informație. Având inițial un caracter vag și difuz, această structură evoluează, în ontogeneză, în direcția diferențierii, diversificării și organizării.

În general, cercetările psihologice ne indică o corelație pozitivă semnificativă între nivelul de formare și funcționare a structurii motivaționale și calitatea activității desfășurate: un individ puternic motivat va avea o implicare incomparabil mai profundă în abordarea și rezolvarea sarcinilor curente, decât unul care este lipsit de interes sau atracție.

• ***Structura afectivă*** cuprinde trăirile pozitive sau negative, legate atât de diferitele conținuturi ale procesului adaptativ, cât și de contextul existențial al persoanei precum și de constituția personalității insului respectiv acumularea în timp a trăirilor pozitive se transformă într-un factor intern de consonanță internă și externă, care asociat cu o motivație adecvată vor face ca activitatea respectivă să devină pentru subiect o pasiune, un izvor de permanentă satisfacție și putere intelectuală și morală. Dimpotrivă, acumularea trăirilor negative determinate de dificultățile și eșecurile în activitate, de tratamentul inadecvat al persoanelor sau colegilor etc. duce, în ultimă instanță, la reacția de respingere, ce poate culmina cu abandonul unor conduite

valabile, chiar dacă inițial exista un fond motivațional propice.

• ***Structura volitivă*** include un ansamblu de instanțe, mecanisme de autoreglaj, de natură intenționat conștientă, care fac posibilă mobilizarea și direcționarea efortului fizic, nervos și psihic spre surmontarea dificultăților (obstacolelor) și realizarea scopului Funcționalitatea acestor instanțe și mecanisme se traduce verbal în cuvintele „vreau - nu vreau" și „pot - nu pot".

Menținerea sistematică a subiectului la un nivel de efort adecvat capacității sale este modalitatea principală de dezvoltare a trăsăturilor volitive de personalitate - perseverența, răbdarea, autocontrolul, independența, hotărârea etc. Slăbiciunea structurii volitive atrage inevitabil după sine, scăderea severă a randamentului, ca urmare a dării înapoi și renunțării la efort în fața celor mai mici dificultăți pe care le ridică perceperea, înțelegerea și reținerea sarcinilor.

• ***Structura de vigilență*** (atenția) este implicată atât de direct și de puternic în activitate, încât tindem să trecem în contul ei toate reușitele și nereușitele de orice gen ale subiectului: „Subiectul știe pentru că a fost atent" și „subiectul nu știe pentru că nu a fost atent".

Deși asemenea afirmații absolutizante nu-și găsesc acoperire în realitatea concret psihologică, ele conțin un mare sâmbure de adevăr. În fond, atenția este factorul care asigură nivelul optim de focalizare a structurii cognitive (de la percepție până la gândire) asupra conținuturilor și obiectivelor sarcinilor activităților.

Pentru că în situații deosebite (vizate îndeosebi de psihologia clinică) este constatabilă situația de testare aflată în plină desfășurare concretă, de trecere de la atenția involuntară, bazată pe mecanismul reflexului de orientare, la atenția voluntară, bazată pe mecanismele autoreglajului conștient, deliberat, devine absolut necesară monitorizarea și diagnosticarea fluctuațiilor și oscilațiilor pe dimensiunile concentrare - stabilitate - mobilitate, prosexică. Este important de stabilit dacă la baza lor se află cauze legate de stadiul evolutiv la care se află subiectul, sau de o dereglare funcțională a mecanismelor cerebrale, tradusă în forma așa numitei hiperactivări, în raport cu care intervenția de profilul

psihologiei clinice devine insuficientă, inpunându-se în aceste cazuri intervenția medicală. Folosind teste de atenție care sunt astăzi la îndemână (de tipul „colaționare" sau de tipul„cod"), psihologul poate delimita fluctuațiile zise normale, care se reduc pe măsura avansării procesului dezvoltării psihice generale, de cele anormale, a căror frecvență rămâne neschimbată pe toată durata etapei specifice situației particulare pe care o parcurge individul și, dacă nu se intervine medical, pe toată durata vieții. Cele cinci variabile psihologice descrise mai sus influențează activitatea psihică atât individual, și amplitudinea acestei influențe o putem evalua prin neutralizarea celorlalte, cât și împreună, rezultând un efort zis de interacțiune (care în condițiile unei afectări psihice poate ajunge la efecte distorsionate, abătute de la normalitate), care poate fi estimată psihodignostic cu ajutorul procedeului statistic: corelații multiple. Între ele, raporturile pot fi de sinergie (când toate se află aproximativ la același nivel de dezvoltare), de inducție negativă (când nivelul scăzut al uneia provoacă scăderea efectului alteia care, în sine luată, se situează la un nivel de dezvoltare mai înalt) și de compensație, când slaba dezvoltare inițială a unuia este contrabalansată, suplinită de dezvoltarea superioară a alteia: de ex. nivelul mai scăzut al eficienței structurii cognitive poate fi compensat de o motivație sau de o voință puternică. Cele menționate mai sus, sunt valabile pentru operaționalizarea demersurilor psihologice de tip analitic și anume atunci cînd se sondează un proces sau o funcție psihică apreciată ca fiind mai relevantă pentru situația subiectului, configurată fiind de tipul solicitării investigațiilor. În acest caz, interpretarea psihologică a datelor obținute se va face în conformitate cu specificul interacțiunilor la nivelul S.P.U.

În schimb, atunci cînd solicitările de prestații psihologice impun o abordare de tip sintetic, se vor investiga factori sau trăsături sau însușiri de personalitate, conform unui instrumentar metodologic și conceptual diferit, precumpănind punctul de vedere psihodinamic la nivelul sistemului de personalitate. Între cele două optici de practică psihologică există diferențe semnificative, validabile prin rezultatele pragmatice și prognostice obținute și

care, în principal, pot să reiasă din diferența dintre variabilele psihologic utilizate, mai precis dintre funcțiile și procesele psihice pe de o parte și însușirile și trăsăturile de personalitate, pe de altă parte.

G. Ionescu precizează:

• spre deosebire de funcții și procese, care sunt universale și impersonale, trăsăturile sunt particulare și personale;

• funcțiile și procesele se pot bucura și de o interpretare independentă, în timp ce trăsăturile nu pot fi apreciate decât în interdependența lor;

• funcțiile și procesele trebuie investigate, în timp ce trăsăturile trebuie descoperite, aflate în fiecare caz individual;

• spre deosebire de funcții și procese, care sunt explicite și direct obsevabile, trăsăturile sînt implicite, inaparente incluse."

Factorii de personalitate, însușirile sau trăsăturile sunt domeniul electiv al solicitărior de prestații de psihologie clinică iar aici se vor realiza analize cantitative, de tipul analizelor multifactoriale a corespondențelor dintre trăsături ce aparțin diferitelor domenii psihice investigate, dar mai ales analize calitative, de conținut, ce presupun utilizarea unui set metodologic și conceptual specific abordărilor psihologice de model psihodinamic, de preferință proiectiv. Prin urmare, despre variabilele psihologice în abordările de psihologie clinică se poate spune în linii mari că sunt de două categorii:

• Variabile ce pot fi operaționalizate spre a fi utilizate, practic, în conformitate cu interacțiunile specifice domeniului metodologic S.P.U. În acest cadru, garantul manifestărilor proceselor psihice intra și interactive, îl constituie specificul stărilor de conștiință.

• Variabile psihologice care se vor operaționaliza în conformitate cu specificul constitutiv al trăsăturilor (profilul), însușirilor și factorilor (superfactorii Big 5) de personalitate, care se edifică psihologic pe terenul proceselor psihice(dar nu se pot reduce la acestea) și-i oferă subiectului uman un mod de a fi și de adaptare unic, singular, original.Acestea vor fi dependente de psihodinamica înregistrată la nivelul instanțelor psihologice lăuntrice și care vor fi operaționalizate în conformitate cu specficul structurii și dinamicii sistemului de personalitate (S.P.P.)

Vom prezenta mai jos aspectele de bază ale perturbărilor centrale, în cele două domenii de abordare metodologică S.P.U.și S.P.P.

Modificările proceselor psihice sunt operaționabile din perspectiva manifestărilor intrapsihice ce pot fi abordate conform interacțiunilor la nivel S.P.U., ele fiind dependente de specificul organizator-construciv al conștiinței.

Respectând totuși ideea de abordare semiologică, cel puțin din punct de vedere didactic, vom preciza că ne vom referi în special la trei elemente importante, care sunt tulburate în modificările patologice ale stărilor de conștiință:

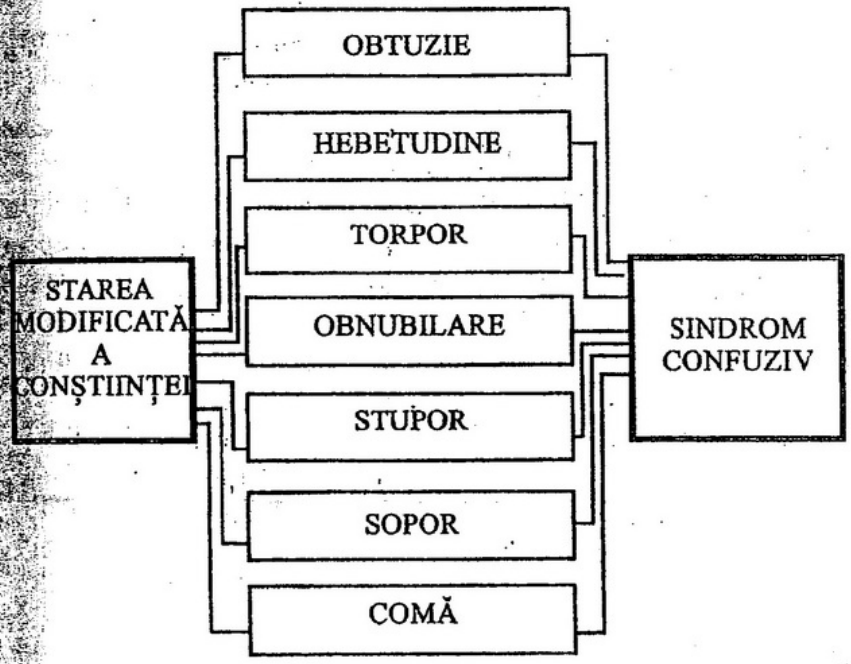
• claritate (acte motorii distincte)

• luciditate (orientare adecvată în realitate)

• sub controlul rațiunii (normele, valorile respectate în consens cu convenințele sociale)

Tulburările cantitative ale conștiinței

Aceste tulburări se caracterizează prin dezagregarea câmpului conștiinței vizând mai ales claritatea, luciditatea acesteia, în grade diferite.



Vom defini succint fiecare din aceste tulburări:

• Starea de obtuzie; se caracterizează prin ridicarea pragurilor senzoriale, percepție imprecisă, dificultăți asociative, pierderea mobilității asociative, dificultăți de precizare a ideilor.

• Starea de hebetudine; îndepărtare de realitate, aspect de perplex al bolnavului indiferent ce se întâmplă.

• Starea de torpor; ușoară dezorientare, hipokinezie, indiferență, scăderea inițiativei, apatie.

• Starea de obnubilare: percepție întârziată prin ridicarea pragurilor senzoriale, lentoare și dificultatea procesului asociativ (răspunsuri fragmentare, vagi, incomplete, fără sens sau perspective, dificultăți ale evocării mnezice, bradipsihie, bradikinezie. Orientare greoaie, dificilă în spațiu.

• Starea de stupor: bolnavul este rupt de mediu, conduita psihomotorie suspendată, nu răspunde la întrebări, reacționează numai la excitanții puternici, îndepărtarea de mediu foarte accentuată.

• Starea de sopor: reacțiile la stimuli sunt extrem de diminuate, starea seamănă cu o somnolență accentuată.

• Starea comatoasă: este pierderea completă a contactului cu realul, a conștiinței cu conservarea funcțiilor vegetative. În forma vigilă a comei se mai menține o oarecare legătură cu mediul.

Tulburările calitative ale conștiinței

Aceste tulburări sunt în special îngustări ale câmpului conștiinței cu modificări în însăși structura conștiinței. Fiind dezvoltate la capitolul sindromologie, le vom reda schematizat împreună cu o definire corespunzătoare pentru fiecare tulburare. Analizând tulburările conștiinței, considerăm esențiale tulburările de reflectare. Dar în fapt, o gravitatea majoră o reprezintă și tulburările de orientare care sunt tulburări de relaționare cu mediul. Orientarea poate fi modificată din punct de vedere autopsihic (a propriei persoane), spațial și temporal, reprezentate în figură.

Tulburări calitative ale conștiinței	• de tip delirant: dezorientare allopsihică și temporală, tulburări de percepție (iluzii, halucinații, fragmente ideative polimorfe, absurde) • starea oneiroidă: confuzie, dezorientare, îndepărtare de lumea reală; fragmente din realitate se împletesc cu cele din vis, reprezentări senzoriale fantastice, reminiscențe halucinatorii • starea amentivă: dezorientare auto allopsihică și temporală totală; îndepărtarea totală de lumea reală; conștiința propriului eu absentă; incoerența gândirii, vorbire neinteligibilă, agitație dezordonată în limitele patului • starea crepusculară: lipsa orientării auto allopsihice și temporale cu păstrarea automatismelor motorii care pot determina desfășurarea unui comportament coordonat și coerent; pot apare halucinații sau idei delirante care determină automatismele comportamentale

Tulburări ale personalității

Poate mai dificilă decât abordarea tulburărilor conștiinței este aceea a tulburărilor personalității în psihopatologie, pentru că personalitatea este foarte greu de definit. Caracterul ei structurat, multifactorial, dinamic, implicarea celorlalte funcții psihice într-un mod aparte, în „construirea" sau „ființarea" persoanei, fapt ce îi conferă natura sa greu definibilă. Și dacă este așa, cu atât mai dificil este a cunoaște și mai ales a descrie și sistematiza tulburările ei.

Impresii de schimbare psihică sau somatică	• modificarea propriului eu (nedefinită, cu caracter anxiogen) • modificarea propriei identități • pierderea simțului unității propriei persoane • pierderea simțului propriei existențe • sentiment de vid interior • sentiment de indecizie • sentiment de irealitate a ideilor • lipsa trăirilor afective • sentiment de dedublare a propriei personalități • sentimentul trăirilor simultan contrarii (viu-mort, prezent-absent etc.) • sentimentul modificării segmentelor corpului sau al acestuia în totalitate • sentimentul trecerii în neființă • sentimentul înstrăinării propriilor trăiri, acțiuni, idei

Redăm o clasificare a tulburărilor de personalitate după V. Săhleanu:

Tulburările personalității	prin dezvoltare insuficientă	personalități elementare
	prin tulburări ale conștiinței	depersonalizare
		derealizare
	prin tulburări ale adaptării la mediu	personalități dizarmonic structurate
		personalități modificate
	prin deteriorări ale psihismului	patologic prin boli psihice
		personalități deteriorate

Luând în considerare gradul dezvoltării personalității, tulburările conștiinței, tulburările de adaptare la mediu, modificării structurii personalității datorate afectărilor psihice și stărilor deteriorative, am clasificat tulburările personalității după modelul uzitat practic în psihologia clinică, coform menționărilor făcute de R Jeican (1995) în schema de mai mai jos, urmând a le aborda ulterior într-un mod aparte:

Tulburările personalității	Tulburări în dezvoltaterea personalității	• Oligofrenia: o personalitate insuficient dezvoltată, având numeroase lacune
		• Psihopatia: personalitate dizarmonic structurată, cu slabe posibilități de adaptare la mediu; rigiditate psiho-afectivă, cu comportament antisocial
		• Întârzierea afectivă: apare datorită carenței afective din copilărie care duce la structurări nevropatice ale personalității sau la imaturizare psihoafectivă
		• Regresiunea personalității întâlnită în schizofrenie: isterie, confuzie... ș.a.
	Tulburarea unității persoanei	• dedublarea personalității (impresia de dedublare a „eului")
		• depersonalizarea (senzația de schimbare a corpului sau psihicului în mod straniu, senzație de ireal, de schimbare)
	Tulburări de identitate	• renegarea eului propriu • deliruri de transformare și negare metabolice • tranzitivismul • deliruri de imaginație și filiație

Când problematica legată de esența respectării condiționărilor e ordin metodologic are soluționări inadecvate, va determina diminuări ale eficienței elementelor aplicativ concrete, care pot conduce la iatrogenie, sau pot zădărnici reorientarea prin psihologie a clienților.

Iatrogenia și dificultăți ale demersurilor de psihagogie

Iatrogenia

Conceptul este preluat în psihologie și recunoscut în termenii în care el a fost definit și in medicină unde se desemnau cazurile de malpraxis ce conduceau nu la vindecarea pacientului ci la agravarea situației sale de boală, sau la complicarea stării sale de boală inițială, sau se soldau cu îmbolnăvirea prin noi boli, datorită erorilor de diagnostic (investigații invazive sau cu urmări negative) sau prin tratament inadecvat realizat fie prin sub-sau supradozare medicamentoasă, fie inoportunitate (confuzie, incompetență). Termenul provine din greacă (iatros și gena).

Actualmente se referă la un artibut conferit oricărei atitudini, acțiuni, sugestii, act voluntar sau involuntar al personalului care are în îngrijire pacientul (practica diagnostică medicală) și care poate induce in mod reactiv, lezional, toxic sau psihogen suferințe subiectului în cauză.

Dacă am îngusta câmpul, se are în vedere starea psihologică reactivă determinată de atitudinea greșită a personalului (medici, psihologi). Acolo unde ar trebui sa fie mai putin frecvent acest concept, in psihiatrie si psihologie, fenomenul, în realitate, apare destul de frecvent.

După H. Ey iatrogenia apare dacă nu se respectă 4 principii deontologice de practică profesională:

- a ști
- a alege
- a trata
- a respecta

În relațiile cu subiectul nu trebuie să căutăm insistent și evident informații pe care le presupunem că există, fiindcă ele nu ar

apărea în discursul subiectului . Dacă investigăm acolo unde nu este nimic putem induce subiectului impresii alarmante cu efect de fenomen de lezare a propiului Eu, mai ales în cazul persoanelor sensibile, sugestionabile sau cu afectiuni cardiovasculare ș.a.

Cauze provenind din acțiunile psihologului (medicului) care pot induce acest fenomen :

Ermetismul in limbaj când:

- este inadecvat nivelului socio-cultural al celor cu care se discută
- se realizează un prim contact necorespunzator unei situații în care drepturile sunt recunoscute reciproc
- subiecții sunt pe atât de diverși, pe cât este lumea în care trăiesc, iar acest aspect este neglijat sau omis
- psihologul este pus în fața unor situații relativ deosebite și nu suntem capabili să anticipăm reacțiile ulterioare ale subiectului
- registrul conversației nu va fi obiectivat prin prisma acestor norme deontologice
- când psihologul răspunde la întrebările posibile sau întrebările spontane, se recomandă să nu se arunce cuvinte la întâmplare, cuvinte tehnice sau termeni specifici psihochirurgiei
- aceste cauze pot duce la manifestări nevrotice și tendința de a rupe contactul psihotrapeutic
- dacă subiectul are în antecedent internări în clinici de psihiatrie, intervențiile trebuie să fie foarte bine adaptate registrului comunicațional impus de aceștia
- există o stare de anxietate de ambele părți, atât a subiectului, cât și a psihologului la primul contact direct
- nu se fac disocieri între oameni din diferite medii, merită toți același respect

Alte cauze pot proveni din comunicări, inclusiv în mass-media:

- iatrogenia apare în orice context în care psihologii și medicii se întâlnesc cu subiecții, pacienții conversând pe anumite teme
- există momente în formă de iatrogenie indirectă, fluctuantă, care rezultă din insuficiența informațiilor pe care le dăm în cele mai diverse ocazii
- atunci când suntem intevievați sau întrebați, va exista tendința ca cel întrebat să-și verifice baza noțional-comprehensivă, iar în

caz că nu este convenabil răspunsul, are tendința să folosească un înțeles formulabil într-un limbaj vag care complică

• în psihologia medicală s-a încercat în plan psihanalitic să se contracareze la personalul de specialitate acest pericol de a deveni în mod involuntar iatrogen pentru cei asistați.

Se cunosc grupurile Balint care au început această strategie cu un grup de 6-8 specialiști pe sedință", în întâlniri săptămânale de 2 ore, unde specialiști își prezentau cazurile iatrogenizate: cauze, efecte, soluții. Se analizau transferul si contratransferul, se făceau experiențe de percepere a transferului și contratransferului, modalitățile de iatrogenizare:

• cum a fost contactul subiectului cu prilejul primului incident cu asistența de specialitate

• care a fost momentul

• cum percepe subiectul relațiile cu ceilalți

• cum percepe subiectul relațiile cu psihologul

• care este impactul evenimentelor existențiale asupra traiectoriei subiectului

Aici apar fenomene de transfer și contratransfer în sens psihanalitic - unice prin dorințele inconștiente legate de anumite obiecte sau evenimente, care se pot actualiza în cadrul unui tip de relație medic - pacient sau psiholog - subiect:

• Pot apărea prototipuri de comportament infantil care implică un sentiment acut de actualizare (relațiile copil - tată, copil - mamă) .

• În psihologie există și conceptul de transfer psiho senzorial care se referă la percepția dintr-un câmp senzorial în altul, ceva ce se apropie psihologic de criptosinestezie .

• Th. Ribot demonstrează în cercetările sale că există și un transfer de sentimente (ura și iubirea) și un transfer de învățare

• Transferul implică orice tip de relație "face to face", o factură aperceptiv proiectiv tematică (TAT) .

• In relațiile cu subiecții, cel mai frecvent este transferul de sentimente asupra psihologului de către subiect când se activează sentimentele care preexistau latent. Acest tip de transfer apare la începutul relației și este încărcat destul de mult din punct de

vedere psihoenergetic. Persoana psihologului este substituită de obicei altei persoane care are în primul rând o semnificație oedipal-afectivă pentru subiect. Ceea ce este mai deosebit în acestă relație este faptul că nu întotdeauna aceasta este stagnantă, nu este fluentă.

Transferul cu caracter afectiv uneori ambivalent, presupune descoperirea vieții sentimentale și pot apărea incidente de tip erotic; ele apar mai ales atunci când subiectul a avut un eveniment mai puțin obișnuit sub aspect sentimental și nu a primit aceleași răspunsuri (feed-back) din partea persoanei iubite.

• Transferul câmpului informațional cu caracter afectiv care reactualizează problematica psihologică a subiectului. Există întotdeauna acest câmp psihologic de la subiect spre psiholog și care nu trebuie reprimat categoric deoarece:

- Când complexul simptomatic al problemelor pe care subiectul trebuie să le relateze ,de obicei se simte intr-o stare de neliniște, precipitare, se schimbă dinamica discursului.

- Situațiile se reproduc la nivelul mesajului verbal, fiindcă acest câmp informațional nu este fix, este dinamic, mobil. După ce discursul se termină, trebuie ca subiectul să înțeleagă informația oferită.

Transferul pozitiv este modalitatea de a diagnostica încrederea subiectului în psiholog .

Există și *contratransfer* (și psihologii sunt oameni). Psihologii pot avea reacții în plan afectiv, reacții defensive în raport cu subiectul. Psihologul are, ca om, propriile sale rezistențe și modalități de a primi informații. Și în acest context cel mai bun remediu provine din perceptul "cunoaște-te pe tine însuți" - "controlează-te pe tine însuți" .

J. B. Pontalis vorbește despre contratransfer menționând două aspecte :

• de conținut - în câmpul informațional de contratransfer se găsește tot ce intervine în relațiile cu subiectul și aprecierea personalității psihologului, însă provocată de transferul subiectului - răspuns la transfer (începutul acelei relații este inconștient - demersul cunoașterii nu se poate realiza)

• de tehnică - prin autostăpânire, autocontrol și modalități care pot reduce manifestările de contratransfer și devin un adevărat ghid de autocunoaștere.

Comunicarea dintre două persoane vizează procese interpsihologice precum și psihodinamici legate de personalitatea fiecăruia. Conținutul comunicării depinde de rolul și statutul celor două persoane. În mod global prin status și rol se înțelege aspectul formal sau instituțional al relațiilor interpersonale din societate.

Situații de iatrogenie se întâlnesc mai rar în practica clinico-medicală, însă mai frecventă apare condiția pacienrului neglijat.

Pacientul neglijat

Unul dintre rolurile specialistului psiholog sau psihiatru, este să acționeze ca punct final pentru pacienții care au fost "plimbați" dintr-o clinică în alta. Acești pacienți oferă medicului lor un recital de simptome fizice invalidante, cărora nu li se găsește la consult, nici o cauză fizică (somatizare, sau conversie?). Pacientul știe aceasta, dar și că trebuie să fie ceva în neregulă. În cele din urmă, pacientul neglijat este trimis la medicul psihiatru, deoarece medicul său curant declară că nu este nimic în neregulă și că pacientul este doar un ipohondriac. Apoi, specialistul psiholog muncește mult pentru a surmonta ciclul de prezentare a simptomelor și a investigațiilor, recunoscând că este ceva în neregulă. În acest caz, obiectivul psihologului clinician este acela de a reîncadra prezentarea simptomelor în probleme care trebuiesc rezolvate în timpul recentei internări.

Reorientare prin Psihagogie

Referindu-se la dramatismul schimbărilor corectiv-terapeutice, considerat a fi obiectivul generic al practicării psihologiei clinice, Wilhelm Busch invocă într-un mod relativ plăcut neputința de a schimba: "Tu omule, trebuie să te spetești dacă vrei să te ridici, să evoluezi sau să progresezi, dar tu nu vei avea nici un chin dacă vei vrea să te distrugi. Bunul Dumnezeu ar trebui să te îmboldească tot timpul, pe când diavolul nu are de ce să se deranjeze...".

Pentru a se ameliora ca travaliu generic, schimbarea vizată prin prestațiile de psihologie clinică, este necesar ca specialist

psiholog, să ai un discernământ profesional epicritic și extrem de nuanțat ("conștiința de sine este primul pas pentru a începe"); dar aceasta este departe de a fi suficient. Este necesar să se prevadă suplimentar o serie de procedee de susținere și catalizare, care stabilizează șansa succesului progresiv al psihodinamicii procesului schimbării terapeutice, cu beneficii directe asupra pacientului.

Posibilitățile general-umane, pentru a deveni aptitudini sau abilități, constituie cele mai importante resurse ale psihologiei practice și sunt sintetizate în noțiunea de psihagogie (conduita sufletului). Ele sunt totodată și o țintă privilegiată pentru psihologul clinician și în acest scop, el își poate fonda demersurile profesionale pe utilizarea metaforelor terapeutice aplicând tehnicile lui Milton Ericson, atunci când este cazul, și dacă va considera că situația impune să-și poată permite. Dar în mod uzual, psihologul clinician se va sprijini pe prevederile clasice de specific psihopedagogic, ultraverificate de practică.

Procedurile de susținere

Cum se poate ajuta capacitatea de discernământ asupra căii de realizare a bunelor intenții și a concretizării lor efective?

Există un număr mare de metode prevăzute pentru a se ajunge la acest rezultat, însă ideile de bază sunt, din păcate nu prea numeroase, iar succesul este departe de a fi garantat. Trebuie multă tenacitate din ambele părți (psihologul clinician și cel care este consultat), pentru a se atinge acest țel.

Aceste proceduri pot fi rezumate în 6 grupe.

• Apelul (exhortație) care se bazează pe întărirea morală, este o cale care o urmează majoritatea concepțiilor, dar cu un succes îndoielnic, deoarece există alții care reclamă totdeauna "mai mult discernământ" .

• Calea condiționării. Prin educație, psihologii fac exerciții de comportament cu tinerii, fie pentru a prelungi dispozițiile existente, fie pentru a se constitui un obstacol intern în calea unor dispoziții indezirabile.

• În vechile culturi (de exemplu africane) se utilizează mai ales în cursul festivităților de sărbători, capacitatea de a trăi

posibilități expresive lărgite, acestea presupunându-se a fi reconturate prin evacuarea catharctică a "liantului maladiv-adeziv" psihic. Astăzi se recurge la art-terapia psihologică sau la procedeele de animație, ș.a.

• Valoarea curativă a acțiunii, este punctul de plecare a ajutorului dat pentru reinserția vechilor deținuți, sau al terapiei ocupaționale a pacienților de lungă durată, sau al serviciului social pentru victimele societății. Ideea de bază este de a îndrepta atenția clienților spre obective utile.

• Mediul de apartenență poate fi mobilizat de la modul cel mai simplu, până la terapia prin culoare. În unele clinici sau cămine se exersează o influențare fizică, prin culoarea pereților. Schimbarea mediului va fi utilă în perioadele de răgaz, datorită promenadelor practicate între cei de același gen. Educația de acasă este tot o educație prin mediu, chiar dacă ea nu urmează întotdeauna orientarea dorită. În sfârșit, s-au văzut numeroase posibilități de exersare a competenței sociale spre binele tuturor.

• Domeniul cel mai larg, este cel al ecletismului care face parte din toate incitațiile concrete din care acesta este format.

Directivele de viață

Odinioară, directivele de viață erau distribuite de religie. Astăzi funcțiile religiei au fost secularizate și subiectele sunt parțial transformate: consultații matrimoniale, consultații educative, consultații în materie de droguri, consultații pentru vârsta a treia ș.a..

Desfășurarea unei consultanțe de reorientare psihologică presupune 4 faze principale:

• Consultația trebuie să pornească de la situația de consultant. Psihologul trebuie să stabilească o congruență de intenții prin modularea propriilor obiective și din acest moment se pot risca transformări minuțioase a obiectivelor terapeutice.

• Psihologul evaluează nevoia de intervenție psihoclinică, stabilind în ce măsură și cât poate încerca să se obțină din ea, însă aceasta reprezintă o diminuare a inițiativelor clientului.

• Psihologul caută sursele de tulburare psihică și este important să se cunoască obiectivele intervențiilor necesare, care să fie

fixate măcar categorial.

• Din acest moment se poate gândi la măsurile de luat, în mod efectiv. Pentru persoanele în vârstă, de exemplu, se caută reducerea mizeriei sociale, asigurarea participării la viața socială, lărgirea câmpului de activități, reorganizarea timpului, elaborarea de procedee de self-control.

MODIFICĂRI PSIHICE ÎN CLINICA DE BOLI SOMATICE

Modificări psihice în stările toxice

Sistemul nervos este foarte sensibil la toate modificările care se petrec în organism și de aceea grupul intoxicațiilor care interesează pe psihiatru e foarte mare. Intoxicațiile se observă frecvent la oameni sănătoși, fără modificări din partea sistemului nervos. În domeniul intoxicațiilor s-au efectuat numeroase cercetări experimentale, privind mai ales studiul acțiunii alcoolului și al intoxicațiilor profesionale.

Trebuie să adăugăm că multe intoxicații în situații foarte grave, intră în categoria celor ce pot fi cel mult prevenite, și de aceea va trebui acordată o deosebită atenție studiului în scopul combaterii lor.

Intoxicațiile cu substanțe chimice

S-au studiat relativ bine intoxicațiile cu sărurile metalelor grele și cu produsele chimice otrăvitoare.

Intoxicația cu mercur, profesională, se întâlnește la muncitorii care se ocupă cu fabricarea oglinzilor, termometrelor etc. S-a constatat că sunt toxice și dozele mici, care în trecut erau socotite inofensive: pătrunderea în organism a câtorva miimi de miligram poate determina un tablou clinic tipic de intoxicație. În intoxicațiile acute, cu o cantitate mare de preparate mercuriale, se observă fenomene de stomatită gravă și gastro-enterită cu ulcerații, mai ales la nivelul colonului, nefrită și adinamie generală, datorită anemiei specifice, mai precis, distrugerii unui număr mare de globule roșii. Din partea sistemului nervos se observă tremor al degetelor, mâinilor, pleoapelor și limbii, un mers ataxic și o vorbire disartrică. Din

punct de vedere psihic se observă hiperexcitabilitate, iritabilitate, cu tendința la plâns și o timiditate marcată. Fenomene până la un punct asemănătoare se pot observa și în *intoxicația cu plumb*. Ea se observă la muncitorii din minele de plumb, la cei din fabricile de coloranți pe bază de plumb, la zugravi, lăcuitori, șlefuitori de marmoră, zețari tipografi. Sursa intoxicației poate fi constituită de anumite materii prime pe bază de plumb, utilizate în mediul profesional al pacientului. La acești bolnavi se constată o anemie mai mult sau mai puțin amplă.

Foarte importantă, prin incidență, este *intoxicația cu oxid de carbon*, realizată în urma inhalării de aer amestecat cu oxid de carbon. Oxidul de carbon aflat în aerul din camera subiectului în proporție de 0,15% poate constitui un pericol pentru viața sa deoarece se susține afirmația că acesta acționează ca un drog, iar cel implicat, de cele mai multe ori, nu-și poate da seama ce se întîmplă, spre a se salva. De cele mai multe ori intoxicația se înregistrează la fochiști, la călcătorii indusriali de rufe și la persoanele care locuiesc în încăperi încălzite ce au sobe imperfecte. Intoxicația poate fi cauzată și de la fumul de eșapament al unor autovehicole, care conține totdeauna o mare cantitate de oxid de carbon.

Intoxicația cu *gaz casnic* (de la aragazul din bucătărie) se reduce în esență la acțiunea oxidului de carbon pe care acesta îl conține în proporție de 8-12%. Intoxicația se produce de obicei prin scurgerile de gaze din sistemul de încălzire, din mașinile de gătit cu gaz, sau cazanele de baie. Ea este însoțită de grețuri, senzație de uscăciune în gât, zgomote în urechi (tinitus) și sezația de hipoventilație (de aer insuficient sau de sufocare) sau tendință la căscat. Dacă toxicul continuă să acționeze, respirația devine superficială, pupilele se dilată, apar convulsiuni izolate și, la fel ca în ictus, bolnavul pierde brusc cunoștința și poate mori adesea în urma unei paralizii respiratorii. Când își revine, și aceasta în intoxicațiile mai puțin grave, se observă o stare ebrioasă asemănătoare cu beția sau o stare de delir, uneori cu agitație marcată sau cu mișcări parazite involuntare (zvâcniri, flaping).

Din punct de vedere somatic, toate cazurile mai grave se pot complica frcvent cu o pleurezie sau o pneumonie care de obicei lasă sechele la acest nivel organic. Se decelează, de asemenea în mod obișnuit, hemoragii miliare, punctiforme pe mucoase și seroase. Evoluția fenomenelor morbide se caracterizează prin mari variații polimorfe și, după câteva zile sau săptămâni de stare generală bună, poate reapărea agitația sau tulburările de conștiință. După dispariția fenomenelor acute se constată o amnezie retrogradă privind perioada critică a bolii. În intoxicațiile cronice, ceea e ne atrage atenția sunt mai ales slăbiciunea difuză, anemia, astenia musculară, durerile de cap, insomnia și diverse fenomene sau manifestări de nervozitate. Ca tratament se recomandă aer curat, inhalații de oxigen, tonicardiace, tranchilizante.

Intoxicația cu benzină determină dureri de cap, grețuri, vărsături, substări delirante, obnubilare, paralizii, convulsii și se termină adeseori cu moartea. În cazurile mai puțin grave se observă o stare nacotică asemănătoare cu beția. Bolnavii sunt euforici, vorbesc mult, sunt veseli și râd. Apoi apare uneori brusc anxietatea, fobii diverse, halucinații hipnagoge și somnolență. Se poate instala, de asemenea, și o stare care se aseamănă cu reactivitatea isterică. Intoxicațiile cu derivații hidrocarburilor precum benzol, nitrobenzol și anilină (cianhidrică !) frecente în industra chimică, determină dureri de cap, vărsături, convulsii și obnubilare. Ca și în intoxicația de oxid de carbon, după o ameliorare mai mult sau mai puțin importantă pot apărea fenomene foarte grave, uneori stări delirante. Pentru aceast tip de intoxicații este caracteristică culoarea albastră-cenușie sau chiar negricioasă a feței și mai ales a buzelor, dar mai ales faptul că aerul expirat are un miros e migdale amare.

Intoxicațiile alimentare

O serie de intoxicații se datorează anumitor substanțe care pătrund în organism împreună cu alimentele.

Intoxicația cu ciuperci poate să dea uneori un tablou clinic foarte grav. Intoxicația cu ciuperci discomicete determină vărsături, diaree, icter și în cazurile grave agitație, convulsii și

o stare comatoasă. Foarte caracteristic este tabloul clinic din intoxicația cu bureți de pădure (Amanita muscaria). După un stadiu prodromal cu curbatură și dureri de cap, apare o stare de ebrietate cu excitație. Conștiința devine neclară și apare un delir oniric, cu halucinații diverse. Tonusul afectiv al pacientului este la început crescut, dar apoi se caracterizează prin depresiune și anxietate. Uneori, în această perioadă apare o agitație violentă. Salivația este crescută. Pupilele sunt uneori contractate, alteori dilatate. Evoluția este de obicei favorabilă și boala se termină rareori cu moartea. La examenul anatomopatologic, în cazurile cu sfârșit letal, se constată multe elemente comune cu cele din intoxicația cu produși pe bază de fosfor sau cloroform, dizolvanți chimici sau alte sbstanțe nocive care afectând ficatul, determină un tablou clinic și anatomic de distrofie acută a acestuia, cu implicarea specifică a tulburărilor cerebrale secundare care ocazonează o smptomatologie psihoclinică polimorfă.

Ebrietatea etilică

Beția alcoolică se caracterizează clinic prin slăbirea influențelor inhibitorii la nivelul conduitei. Excitația verbală, agitația dezordonată, buna dispoziție, cu râs nemotivat, trebuie considerate ca simptome de dezinhibiție. Această stare se aseamănă parțial cu cea hipomaniacală din psihoza circulară, unde desfășurarea reprezentărilor pare accelerată, dar spre deosebire de aceasta, aici nu se poate constata nici o formă de productivitate psihotiformă. Este, sub aspect clinico medical, caracteristică buna apreciere pe care o fac bolnavii relativ la propria lor adresă, și atitudinea lor megalomană (de a se lăuda și de a se oferi pe sine ca exemplu altora). Unoeri se poate surprinde și o atitudine de suspiciune față de cei din jur, pe care bolnavul îi acuză uneori de lipsă de respect. În sfera psihomotorie se poate observa de asemenea o slăbire a reținerii. De aceea, bolnavii se găsesc tot timpul într-o oarecare stare de agitație. Ei vorbesc repede și zgomotos, râd mereu, cântă cu glas tare, gesticulează și caută locurile publice, unde pot găsi amatori de conversație sau parteneri de beție. Trebuie să ținem

psihoclinic seama și de sfera lor afectivă, care este foarte instabilă și se caracterizează printr-o stare de excitație cu tendința spre o veselie nemotivată, alternând uneori cu o iritabilitate marcată, ostilitate ("harțag") sau chiar tendință la plâns, umorul special și tendința la glume grosolane, al căror obiect e însuși bolnavul.

Pe un fond general de excitație se produc în mod obișnuit explozii de irascibilitate, uneori cu tendință la agresiune. Atacarea altor persoane poate să se producă și însoțită de manifestări vizibile ale unui afect, în virtutea impulsivității. Pe lângă atacarea adversarului într-o dispută sau în cursul unei stări marcate de iritație, putem asista la acte de violență neașteptate și nemotivate, uneori îndreptate împotriva propriei persoane, ducând chiar la sinucidere.

În unele cazuri, în loc de euforie și excitație, se observă o inhibiție, în al doilea stadiu al beției, iar uneori un somn profund.

Datele obținute în cercetările psihologice experimentale sunt caracteristice. În beția alcoolică, percepțiile vizuale devin cu mult mai puțin precise, iar numărul global al impresiilor percepute devine mai mic. Asimilarea este întârziată și bolnavul comite un număr însemnat de erori de înregistrare și fixare. Totodată materialul asimilat este reținut în memorie un timp relativ mai scurt. Citindu-i un fragment în care au fost omise cuvinte și silabe, bolnavul le intercalează deseori greșit. Desfășurarea reprezentărilor este aparent accelerată. Este de menționată însă predominanța asociațiilor făcute după asemănarea exterioară. Se poate vorbi în mod categoric de o ușurință mare în găsirea rimelor.

Prin cele arătate cu privire la modificările psihicului din stare de ebrietate se explică și comportarea psiho-socială a alcoolicului, care este periculos atât pentru el însuși, cât și pentru ceilalți. Hiperexcitabilitatea și slăbirea capacității de a se stăpâni și autocontrola explică de ce bețivii sunt cei care tulbură cel mai frecvent liniștea și ordinea. Întrucât ei sunt atrași de locurile unde se află mulți oameni, în majoritatea

cazurilor ei sunt de fapt aceia care provoacă scandalurile în locurile publice. În stare de ebrietate, ei jignesc deseori fără motiv, prin cuvinte și acte, și persoane complet necunoscute. Tabloul beției este departe de a fi același, variind de la individ la individ. De cele mai multe ori se înregistrează fenomenele de excitație descrise mai sus, care reproduc uneori destul de bine stările hipomaniacale. Trăsăturile distinctive ale stării de ebrietate sunt productivitatea insuficientă, tulburările de percepție și asimilare, precum și tremurăturile mâinilor și ale întregului corp. La începutul beției alcoolice, din cauza inhibiției corticale și, în virtutea mecanismului inducției pozitive, encefalul intră într-o stare de excitație. Rezultă de aici o stare de euforie nemotivată sau de agresivitate.

În unele cazuri, beția se instalează după consumarea unor cantități neînsemnate de alcool și se caracterizează printr-o agitație foarte intensă cu agresivitate pronunțată și obnubilare generală a cunoștinței. Toate aceste fenomene se mențin câteva ore, și se termină prin somn; după trezire, bolnavul prezintă amnezi postcritică, și nu este în stare să-și amintească ce i s-a întâmplat. Aceste stări sunt îndeobște considerate ca stări de *beție patologică*. Experiența ne arată că ele sunt deosebit de frecvente la epileptici, la diverși psihopați și la persoanele care au sechele secundare unui traumatism craniocerebral. Apariția unei beții patologice poate fi favorizată adesea de o căldură excesivă, de extenuare, de o slăbire survenită după infecție și de băutulalcoolului pe stomacul gol. O beție patologică o dată diagnosticată prezintă o mare importanță din punct de vedere medico-judiciar, întrucât, spre eosebire de beția simplă, ea îndreptățește constatarea iresponsabilității și disculparea pacientului.

Beția ca atare dispare de obicei, în special după somn, dacă în organism nu s-au produs modificări grave sub influența intoxicației prelungite. După trezire se înregistrează adeseori o stare subiectivă precară cu cefalee, eructații și arsuri. Dacă există leziuni cardio-vasculare și în special când cantitatea de alcool consumată a fost foarte mare, viața individului poate fi

periclitată. Pericolul este eosebit de mare la oamenii bătrâni și la copii.

Deosebit de periculoase sunt intoxicațiile cu alcool denaturat și cu alte surogate. În acesta cazuri, sfârșitul letal poate surveni nu numai din cauza beției în sine, ci și pentru faptul că omul beat este supus, într-o măsură mult mai mare decât unul treaz, pericolului de a îngheța, de a se îneca, de a cădea sub tramvai sau automobil, de a cădea de undeva de la înălțime, sau altor accidente.

Modificări psihice în clinica de boli interne

În clinica bolilor interne, modificările psihice sunt frecvente. Ele țin, pe de o parte, de acțiunea asupra creierului a factorului infecțios sau toxic, iar pe de alta, de reacția psihică a bolnavului față de simptomele, evoluția și prognosticul bolii sale, ca și față de condițiile ambianței din clinică.

În bolile cardiovasculare, tulburările psihice grave pot fi provocate de cardiopatiile valvulare (mai ales ale valvulei mitrale). Aceste tulburări nu sunt accentuate, atât în perioada decompensării, cât în cea de resorbție a edemelor, în legătură cu acțiunea toxică asupra creierului a produșilor care pătrund din țesuturi în circulația generală. Aceste tulburări psihice sunt fie de tip disforic, constând în tristețe pronunțată cu tendințe la mutism, fie, mai rar, sunt de tip maniacal, cu o euforie ușor puerilă. Alteori se constată tulburări de conștiință, mai ales stări de derealizare care pot însoți tulburările afective, dintre acestea fiind în asemenea cazuri pe primul plan, anxietatea. Se pot observa deasemenea și stări de agitație iritativă, ca și stări crepusculare, durând mai multe ceasuri, rareori zile întregi și terminându-se prin somn.

În bolile cardiace, cu manifestare acută (infarct miocardic, criză de angină pectorală, bloc antrioventricular, tahicardie paroxistică), cea mai importantă tulburare psihică este anxietatea, uneori extremă, dând bolnavului sentimentul că urmează să moară imediat. Durerea violentă, care însoțește o

parte din aceste boli, contribuie și ea la determinarea anxietății, precum și a unei note depresive mai mult sau mai puțin intense. Alteori, în perioada de instalare a infarctului miocardic, se constată euforie, cu nevoia de a schimba păreri și glume, de a cere lămuriri. Atât în cardiopatiile valvulare, cât și în bolile cardiace cu manifestări acute la acțiunea directă exercitată asupra creierului de tulburărilestrict somatice, se adaugă pentru perioadele de luciditate, modificări psihice proprii produse de atitudinea particulară a fiecătui bolnav față de boala sa. Teama de moarte, teama de o nouă decompensare a cardiopatiei valvulare, teama de repetare a infarctului miocardic, a crizei de angină pectorală sau tahicardie paroxistică, fixarea atenției asupra palpitațiilor, sufocărilor sau simplei jene precordiale, ajung să constituie preocupări speciale, însoțite de o anxietate mai mult sau mai puțin pronunțată. Aceste tulburări, incadrabile în ideile prevalente sau obsesive, în fobii mai difuze sau precise sau în anxietatea care apare doar în momentele critice, nu trebuie confundate cu modificările psihice de același tip, care se observă la bolnavii fără leziuni constituite ale inimii și care se preocupă exclusiv de inima lor, doar pe motivul unor cenestopatii cardiace sau chiar în lipsa acestora, într-un mod ipohondriac. În asemenea cazuri este vorba despre bolnavi psihici - de obicei nevrotici - pentru care starea inimii lor a devenit o problemă covârșitoare, uneori dramatică. Clinica și fiziopatologia n-au putut demonstra decât trei entități nevrotice, neurastenia (sau nevroza astenică), nevroza obsesională și isteria. În cadrul acestora, preocuparea față de cenestopatii - putând fi la rândul lor cardiace, vasculare, gastrice, intestinale, hepatice, respiratorii, renale, sexuale, cutanate sau de altă natură - nu constituie decât cel mult forme clinice. Uneori se poate vorbi așadar de o formă cenestopată, de exemplu, a nevrozei astenice, sau a nevrozei obsesionale, cu predominanța eventuală a cenestopatiilor cardiovasculare, dar nicidecum de o nevroză cardiacă sau cardiovasculară.

Nevrozele nu trebuie confundate la rândul lor cu o altă boală frecventă a aparatului circulator: distonia neurovegetativă cardiacă, denumită cîndva boala hipertonică, asemănătoare nevrozei astenice printr-o serie de tulburări psihice și somatice,

ca irascibilitate, anxietate, instabilitate afectivă, scăderea capacității de concentrare, stări obsesionale, cefalee, insomnie, fatigabilitate. Faptul că și boala hipertonică și nevrozele sunt cauzate de surmenaj, neplăceri mari sau tracasări mărunte și repetate, mărește pericolul confundării. În boala hipertonică, tulburările sunt însă mai pronunțate și tenace, tensiunea arterială este modificată, chiar în stadiul de instalare a bolii, când cifra ei maximă depășește măcar periodic normalul (hipertensiune arterială oscilantă), iar examenul fundului de ochi arată modificări ale vaselor retiniene care lipsesc în nevroze. De aceea, bolnavii cu boala hipertonică nu țin de profilul serviciilor psihiatrice, care au uneori și secții speciale pentru nevroze, ci de al celor de medicină internă sau de neurologie, în ultimul caz avându-se în vedere pericolul accidentelor vasculare cerebrale și necesitatea de a le preveni în mod cât mai competent. Doar dacă boala hipertonică este însoțită de arterioscleroză cerebrală incipientă, bolnavul trebuie să intre și în evidența psihiatrului, dar nicidecum în cadrul serviciilor și sanatoriilor pentru nevrotici.

Nu numai creșterea tensiunii arteriale, ci și scăderea ei anormală poate produce modificări psihice importante. În hipotensiunea arterială întâlnim astfel uneori stări deliroase cu delir profesional. Frecvent se observă anxietate. Tulburările de atenție, cefaleea, fatigabilitatea trebuiesc deosebite de cele din nevroza astenică și din hipertensiunea arterială, pe care le pot simula.

În general nu este bine să comunicăm bolnavilor cardiovasculari prea multe date despre starea tensiunii lor arteriale, a pulsului, ritmului cardiac și electrocardiogramei. Mai ales când aceste date sunt alarmante și ne dăm seama că bolnavul este înclinat spre stări obsesionale și preocupare excesivă față de cenestopatiile sale și evoluția sănătății proprii, el trebuie să fie informat cât mai puțin în acest sens, accentul punându-se pe recomandarea măsurilor profilactice strict necesare și pe cultivarea la blnav, a preocupărior constructive, productive, destinate să-l distragă de la observarea pesimistă a bolii sale. Principiul acestei orientări are, de altfel, valabilitate

generală, dar în bolile cardiovasculare el prezintă o importanță deosebită din cauza răsunetului afectiv foarte puternic al difuncțiilor din activiatea cordului și al pericolului real de moarte subită pe care-l prezintă uneori pacientul cardiac. Un cuvânt necugetat din partea personalului ce-l asistă, o discuție deplasată în prezența bolnavilor, pot să le creeze acestora tulburări psihice importante, care influențează și boala somatică în rău. Primejdia iatrogeniei, adică a îmbolnăvirii create de medic și în sens mai larg de personalul medical este deosebit de acută în bolile cardiovasculare. Modificările psihice din bolile digestive pot fi de origine psihosocială așa cum atestă doctrinele psihosomatice, deoarece la nivel intrapsihic se manifestă o conflictualitate inconștientă intre trebuințele de a fi protejat, pe deoparte și trebuința de autonomie personală, pe de altă parte.

În realitate, întradevăr prin formarea unor reflexe condiționate între stimulii negativi din mediul social și activitatea viscerelor, pot apărea tulburări ale acesteia. Fixarea tulburării pe un anumit organ sau aparat se explică prin factori multipli cum ar fi: natura tulburării provocate de trauma psihică de tip organic de ex. durerea sau maleza digestivă (furie, dezgust, tristețe, anxietate), prilejul apariției sale (în cursul mesei, al activității profesionale, al unei călătorii , al căldurii excesive etc.), starea organismului în timpul traumei sau traumelor psihice repetate (oboseală, indigestie, curbatură, efort muscular, manifestare alergică), starea organului în activitatea căruia apar tulburările (leziuni anterioare, boală recentă, reactivitate excesivă față de factorii citați) ș.a.. În cazul bolii ulceroase, localizarea, de preferință pe curbura mică a stomacului și pe duoden, în apropierea pilorului, se explică prin combinarea unor forțe subiective ce au expresivitate somatică, și prin fluctuațiile circulatorii, motorii și secretoare deosebit de pronunțate la nivelul acestor regiuni, care, împreună cu solicitarea mecanică și termică mai mare, le expun mai mult la tulburări ulcerative.

O dată apărută boala ulceroasă, preocuparea excesivă față de evoluția ei, teama de reapariția violentă a accesului conform

ritmului sezonier (primăvara și toamna), constituie modificări psihice ulterioare, care nu pot decât să agraveze afecțiunea somatică inițială. Frecvent se constată la ulceroși tulburări afective nete: depresiune cu defetism, euforie forțată, alteori spontană și consecutivă trecerii accesului, dar de obicei disforie, dispoziție morocănoasă, irascibilitate, fobii, idei prevalente sau obsesive în legătură cu discenesteziile gastrice sau duodenale.

În afara bolii ulceroase, celelalte boli ale tubului digestiv produc și ele numeroase modificări psihice prin cenestopatiile sau condițiile fiziologice neplăcute pe care le întreține (consecutiv eructațiilor, meteorismului, pirozisului, constipației, diareei, colicilor intestinale, durerilor și înțepăturilor abdominale difuze). Apar astfel tulburări de afectivitate, de atenție, de somn. Bolnavul este irascibil, nemulțumit, descurajat, ajunge să nu mai iubească viața, simpatia sa pentru prieteni scade, se consideră o povară pentru sine însuși. La aceste tulburări psihice, pricinuite de reacția bolnavului față de boala sa gastrointestinală, se adaugă adesea acțiunea toxică directă asupra creierului a produșilor secundari absorbiți în cazul constipațiilor rebele sau al colibacilozei sau lambliazei cronice.

În mod asemănător se asociază factorii determinanți ai tulburărilor psihice în hepatita epidemică. În perioada de stadiu a bolii, unde factorul toxic predomină net, se observă sub aspect psihologic, disforie și o irascibilitate difuză. Intensificarea pruritului tulbură mult somnul, chiar înainte de aceasta, în perioada prodromală, fiind insuficient și superficial. Bolnavul este bradipsihic, gesturile sale sunt sărace, evocările se fac dificil. Uneori se constată diminuarea afectivității nuanțate. Alteori, aceasta este exagerată în sens depresiv și anxios: bolnavul are idei de autosubestimare, plânge cu ușurință. Nu se semnalează totuși sinucideri. Evoluția tulburărilor afective este dezordonată. Depresiunea poate dura uneori mai multe săptămâni. Câteodată, între ziua a 15-a și a 20-a de boală apare o stare de tip hipomaniacal: bolnavul este euforic, volubil, nu mai respectă tratamentul și dieta, își privește afecțiunea cu ușurință, cerându-și externarea chiar dacă persistă icterul și pruritul. Starea aceasta nu denotă începutul vindecării și nici

măcar un prognostic bun, ea fiind, ca și depresia, rezultatul influențelor toxice asupra creierului. Dacă hepatita epidemică evoluează nefavorabil, accentuarea insuficienței și dereglării funcțiilor hepatice conduce la apariția tulburărilor de conștiință: somnolență, torpor, putând evolua chiar spre comă. În caz de evoluție favorabilă, hepatita epidemică lasă o serie de sechele, între care o astenie caracteristică, ce este mult mai pronunțată decât în majoritatea bolilor infecțioase. Convalescentul rămâne foarte sensibil la factorii nocivi, inclusiv cei psihosociali sub aspectele lor negative. Foarte ușor se poate acutiza în aceste condiții, un sindrom astenic sau poate apărea un sindrom obsesional sau afectiv.

Și alte boli hepatice, în primul rând cirozele sau intoxicațiile cu vopsele benzine, cloroform, tetraclorură de carbon, opiacee, barbiturice, fenotiazine, etc. produc tulburări psihice importante: irascibilitate, anxietate, dar mai ales somnolență, care prin obnubilare și torpor, poate merge până la subcomă și comă.

Tulburările psihice, mai ales cele afective, le întâlnim și în afecțiunile căilor biliare, manifestându-se în primul rând prin dispoziție irascibilă, disforie, anxietate, depresie. Durerea din colica hepatică produce asupra psihicului efecte mai puțin acute, totuși asemănătoare celor din infarctul miocardic.

Bolile renale produc tulburări psihice în primul rând prin acțiunea directă asupra creierului. În insuficiența renală acută, modificările de compoziție sanguină, datorate unei serii de perturbări în repartiția apei și ionilor de sodiu, clor, potasiu, calciu, magneziu, a sulfaților și fosfaților, cu tendință la edem cerebral, provoacă cefalee, amețeli, astenie, depresie, dar mai ales tulburări de conștiință în sensul scăderii stării de vigilitate (somnolență, obnubilare, torpor) sau al deformărilor grave în reflectarea realității (stări delirante). Deși de aparență gravă și alarmantă, insuficiența renală acută este de obicei reversibilă și de prognostic bun, ceea ce duce de obicei și la retrocedarea tulburărilor psihice amintite.

În insuficiența renală cronică, tulburările, inclusiv cele

psihice, alarmează mai puțin, din cauza instalării progresive sau a intensității lor mai puțin marcate. Ele au însă o evoluție mult mai gravă, tinzând spre accenmtuare progresivă. La acțiunea toxică produsă asupra creierului de modificările compoziției sângelui și tendința la edem cerebral din insuficiența renală acută se adaugă acum retenția masivă a unor produși azotați foarte toxici (indican, fenol, ș.a.) al căror nivel în sânge este indicat fidel de creșterea ureei. Tulburările de conștiință în această situație devin durabile, în unele cazuri instalându-se coma azotemică (numită și uremică, deși nu ureea este produsul azotat toxic), cu un prognostic întunecat. Uneori, retenția azotată nu-i datorită în mod direct insuficienței renale, ci unor afectări ale creierului, care tulbură metabolismul. La rândul ei, retenția azotată este capabilă să producă în creier leziuni difuze, provocând așa-numitele encefaloze azotemice.

Practic, bolile renale se asociază frecvent cu cele cardio-vasculare (scleroză cardiacă și arterială, decompensări ale inimii), astfel că tulburările psihice produse împrumută și aspectele descrise în cadrul modificărilor psihice însoțitoare ale bolilor inimii și vaselor sanguine.

Bolile aparatului respirator produc tulburări psihice variate. Multe se aseamănă cu cele din bolile cardiovasculare din cauza deficitului adesea acut al oxigenării care poate surveni în cele două categorii de boli, producând, pe de o parte modificări patologice în irigația creierului, pe de alta, sentimentul fricii violente de moarte imediată.

Astfel, în astmul alergic, în astmul cardiac sau în edemul pulmonar acut, tulburările grave de ventilație pulmonară provoacă o spaimă, mergând până la groază, urmată de depresiune, adinamie și astenie pronunțată, teama de repetarea accesului, care apare mai ales noaptea, și-i creează bolnavului o idee prevalentă pe această temă. Chiar când accesele se rărește mult și teama își pierde justificarea, modificarea psihică poate persista sub forma unei idei obsesive, însoțite de o notă anxioasă, care se intensifică în baza unui reflex-condiționat spre seară sau în cursul trezirilor nocturne.

O afecțiune pulmonară, însoțită de tulburări psihice importante, este pneumonia. La tulburările de ventilație pulmonară se adaugă acțiunea toxică asupra creierului, cauzată de produșii azotați care pătrund în circulația sangvină de la nivelul focarului pneumonic, ca și de alte modificări de compoziție ale sângelui (leucopenie). În legătură cu aceasta pot apărea: torpor, confuzie mentală și, mai frecvent, stări de delir cu delir profesional. Alteori, tulburările psihice nu ating atât conștiința, ci afectivitatea, apărând astfel un sindrom hipomanical. Alături de aceste modificări psihice caracteristice stadiului deplinei desfășurări a bolii, când se observă uneori și crize convulsive, în cazurile unde convalescența se instalează printr-o scădere bruscă (in crisis) a temperaturii, apar frecvent: stări depresive, stări de excitație hipomaniacală, nu euforică, ci furioasă, sindroame paranoidhalucinatorii, cu o mare bogăție a halucinațiilor vizuale și auditive.

Bronșitele cronice, emfizemul pulmonar, bronșectaziile produc modificări psihice asemănătoare cu a celor din afecțiunile digestive - mai ales intestinale și hepatobiliare - cronicizate. La originea lor stau tot senzațiile neplăcute, cauzate de starea de iritație continuă a organului bolnav, ceea ce produce disforie, exasperare, pesimism, hipodinamie, irascibilitate, instabilitate afectivă. Tusea frecventă, inspirarea anevoioasă a aerului, efortul de a expectora, arsura și usturimea de la nivelul căilor respiratorii inflamate devin, când durează luni și ani, o încercare serioasă pentru echilibrul psihic al bolnavului, pentru tonusul afectiv și conținutul constitutiv valoros al caracterului său. Când se adaugă afecțiuni ale altor viscere sau aparate, ori traume deosebite, de natură psihosocială, încercarea devine cu atât mai grea. Aici, alături de medicație și igienă locală, psihoterapia își găsește un loc larg. Începută de medic, psiholog sau de personalul sanitar, ea trebuie continuată de bolnavul însuși, în sensul autopsihoterapiei, ca și de anturajul său.

Afecțiunea pulmonară care, cuprinzând în evoluția ei și faze acute și aspectul cronicizării, provoacă modificările psihice cele mai variate, este tuberculoza. Atât în stadiul acut, cât și în cel

cu evoluție atenuată, tulburările psihice produse de tuberculoza pulmonară se datoresc influențelor lezional toxicoinfecțioase și reacției bolnavului față de boală. Nu rareori tuberculoza este localizată și la alte organe, între care însuși creierul și meningele, manifestându-se uneori amplu prin simptome neurologice și psihice. Modificările psihice întâlnite frecvent la începutul tuberculozei pulmonare sunt: fatigabilitatea, disforia, irascibilitatea, tendința de deveni bănuitor. Uneori se constată indiferentism afectiv, alteori stări depresive, însoțite chiar de încercări de sinucidere. Se mai observă adesea: anxietate, teamă de întuneric, deficit de atenție și memorie. În perioada de plină desfășurare a bolii, procesele acute pot fi însoțite de tulburări de tip psihotic: stări crepusculare, delirante și amentive, chiar delir acut. Alteori, modificările de conștiință, care predomină în general în tuberculoza miliară, se fac mai ales în sensul scăderii stării de veghe, apărând astfel torpor, uneori chiar subcomă și comă. În cadrul evoluției lente a bolii, tulburările de tip psihotic îmbracă mai ales aparența schizofreniei, simptomele catatonice fiind mai frecvente și caracteristice decât cele paranoid-halucinatorii.

Când evoluția este gravă, ducând la stări preletale, agonice, apar mai ales mari tulburări afective: depresie, dar în special euforie, cu idei de mărire și halucinații viscerale, însoțite de astenie extremă și tulburări de conștiință, în primul rând stări delirante. Această euforie este întrucâtva asemănătoare celei din hepatita epidemică. După episoadele psihotice acute, cu tulburări de conștiință, persistă uneori un delir rezidual, împreună cu elemente de sindrom discordant.

De obicei însă, tulburările psihice care însoțesc tuberculoza pulmonară, sunt mai puțin grave. Ele constau mai ales din anxietate, impresii dominanate izolate, produse în cazul fricii pronunțate de întuneric și obsesionale în legătură cu soarta proprie sau relativ la pericolul de a-i contamina pe alții. Aceste tulburări, foarte mult descrise și în literatura de specialitate, au primit adeseori interpretări diverse. S-a afirmat astfel că ftizicul ar avea întotdeauna o conduită retrasă, sumbră, defetistă,

sarcastică. Faptul este adevărat încazul unor caractere deficitare, orientate insuficient de constructiv sau lipsite de calități volitive deosebite și rămâne valabil și pentru alte boli.

O latură foarte importantă a modificărilor psihice din tuberculoza pulmonară o constituie reacția bolnavului după aflarea diagnosticului, care trebuie comunicat cu multă prudență, spre a evita traumatizarea psihică și efecte iatrogene nedorite. Felul cum se va proceda este în funcție și de preocupărilor și țelurilor bolnavului, a convingerilor și forței lui combative. De la caz la caz se va destăinui astfel strictul necesar urmării corecte și docile a tratamentului, planificării muncii profesionale viitoare, perturbării minime a relațiilor cu cei apropiați și restul anturajului.

Boala canceroasă are un prognostic care este departe de a se fi îmbunătățit astăzi, ca cel al tuberculozei. De aceea este de preferat aproape întodeauna ca bolnavul, care are o tumoare malignă, să știe cel mult că are una benignă, adevărul cunoscându-l doar cei din anturaj, capabili să păstreze secretul și să-l suporte cu destul curaj pentru a ridica efectiv moralul bolnavului.

Chiar din primele stadii ale bolii canceroase este caracteristică o fatigabilitate care poate să nu fie intensă, dar care nu cedează nici în condiții de lucru oricât de favorabile, nici de relaxare sau lungi perioade de destindere sau odihnă Bolnavul devine apatic, neîncrezător sau depresiv. Când acțiunea toxică a metabolismului canceros începe să se exercite mai intens, se observă o oarecare scădere a discernământului, însoțită de o notă pseudoeuforică. În funcție de localizare, tulburările psihice pot fi mai intense sau mai discrete. Manifestările psihotiforme apar cel mai frecvent în cancerul laringian, pulmonar, paratiroidian, prostatic, uterin și în cel cu metastaze osoase. Astfel, în cancerul paratiroidei este caracteristică anxietatea însoțită de obnubilare. În cel al suprarenalei, anxietatea se asociază cu depresie și adinamie. Cancerul laringian și esofagian produc frecvent obsesia morții în chinuri, iluzii, halucinații fragmentare sau hipnagogice de

tip panoramic. În general, evoluția modificărilor psihice este inconstantă, anarhică, exceptând stadiul preagonic, când apare de obicei o euforie marcată, un sentient înșelător de îmbunătățire a stării, pentru ca, ulterior, să se instaleze brusc tulburări mari de conștiință, tipice pentru stadiul terminal: torpor, tablou halucinator, confuziv, stare delirantă cu halucinații kinestezice și idei delirante persecutoare, legate de senzații algice corporale. Bolnavii se cred chinuiții, arși pe rug, uneori țipă și, cu toată adinamia, opun mereu rezistență atunci când li se schimbă poziția, plâng cu ochii închiși, cerând să fie lăsați liniștiți. Bolnavii de anemie feriprivă sunt și ei internați uneori, nu în clinica neurologică sau psihiatrică, ci în cea de boli interne, chiar când au tulburări psihice pronunțate: stări hipomaniacale, depresive, cu idei de nedemnitate și negație. Sindromul paranoidhalucinator și mai ales confuzional sunt rare în această afecțiune. Uneori se observă însă sindromul demențial, consecutiv distrofiei și degenerescenței cortical-cerebrale difuze. Deși nu există paralelism între tulburările psihice și cele neurologice, coexistența ultimelor ușurează diagnosticul clinic. Pe de altă parte, tulburările psihice se pot agrava tocmai când tabloul calitaiv al compoziției sanguine se ameliorează. În unele cazuri, înainte de orice alte semne, scăderea capacității de lucru și a memoriei, a puterii de abstractizare și sinteză, apatia și tendința la izolare pot reprezenta debutul anemiei sagvine.

Boala reumatismală este însoțită de tulburări psihice în toate stadiile sale, deși aceste tulburări nu se prezintă într-un mod caracteristic pentru fiecare stadiu în parte. Cele mai grave constau din confuzie mentală și stări delirante, cu iluzii și halucinații bogate. Mai rar, ele se manifestă prin stări hipomaniacale sau depresive, cu idei de negație și ruină și încercări de sinucidere. Pot apărea și crize epileptiforme. Tulburările psihice nu sunt paralele cu intensitatea febrei sau leziunile cardiovasculare prin streptococ betahemolitic de tip *a*. Uneori se pot prelungi mai multe luni, tabloul psihologic fiind marcat de o simptomatologie nevrotiformă specifică

suferințelor reactiv-cronicizate pe fond inflamator, dar au în general prognostic bun. În reumatismul cronicizat agravat și complicat, sunt mai frecvente tulburările psihotiforme asemănătoare schizofreniei, care continuă de obicei o stare confuzională sau delirantă. Ele se reduc prin tratamentul antireumatismal spre deosebire de o schizofrenie adevărată declanșată în cursul bolii reumatismale. În evoluția bolii reumatismale, tulburările de tip psihotiform sunt mai rare decât cele nevrotiforme, constând din instabilitate afectivă, hipermotivitate, anxietate, somn superficial. La începutul bolii este frecvent sindromul astenic, manifestându-se prin irascibilitate cu epuizare rapidă, deficit de atenție, discenestezii, scăderea capacității de lucru. Și în boala reumatismală, modificările psihice produse de reacția bolnavului față de boală nu trebuie să ducă la subestimarea celor cauzate direct de acțiunea inflamator toxică la nivel central (encefalopatie reumatismală). Practic, în fazele de evoluție atenuată, cele două tipuri de tulburări se intrică, în timp ce în perioadele de acutizare predomină net acțiunea directă asupra encefalului a factorului toxicoinflamator. Unele tulburări psihice apar în clinica bolilor interne, consecutiv metodelor noi de tratament. pentru acestea au importanță practică, în primul rând, accidentele psihice ale terapiei cu ACTH și cortizon, medicamente de care, de altfel, se abuzează uneori. Bolnavul tratat cu aceste medicamente poate prezenta tulburări de somn, criptomnezii, stupor, irascibilitate cu manifestări explozive, disforie sau euforie pronunțată în cadrul unui sindrom maniacal. Alteori predomină tulburările de conștiință, sub forma stărilor crepusculare, care se pot instala după crize convulsive. Mai rar putem întâlni un sindrom paranoid tranzitoriu. În asemenea situații, tratamentul cu cortizon trebuie întrerupt treaptat după o curbă stabilită de specialiști foarte competenți. În ansamblu, modificările psihice, care se întâlnesc în clinica bolilor interne, au o mare varietate calitativă și cantitativă. Chiar când ele se manifestă violent, zgomotos, nu trebuie să fim grăbiți cu transferarea bolnavului într-un serviciu de psihiatrie, pentru că

de obicei episodul psihotiform este trecător. Faptul necesită în schimb o bună instruire a întregului personal medico-sanitar privitor la atitudinea față de un bolnav agitat sau confuz și existența unor condiții de izolare, care să fie folosite și pentru bolnavii cu stări de agitație tranzitorie. În această secție vor fi transferați însă numai bolnavii cu tulburări psihice prelungite, care fac într-adevăr imposibilă menținerea lor în secția respectivă de boli interne. Altfel se recomandă deplasarea la patul bolnavului a psihiatrului care, în legătură cu medicii secției somatice, va recomanda măsurile terapeutice necesare. De multe ori, când bolnavul păstrează suficient de multă luciditate, transferarea sa într-o secție de psihiatrie constituie un traumatism psihic, care este bine să fie evitat pe cât posibil.

Cum în clinica bolilor interne, tulburările psihice grave sunt totuși mai rare decât cele discrete, aceastea din urmă lasă loc larg psihoterapiei, care trebuie să stea la îndemâna oricărui psiholog clinician A ști să vorbești bolnavului, a proceda cu blândețe în cursul manevrelor de mobilizare, al aplicării tratamentului și măsurilor de igienă corporală, a-i crea un cadru cât mai prielnic, a fi un intermediar priceput și discret între bolnav, medici curanți și cei care-l vizitează, reprezintă tot atâtea condiții elementare de asistență medicală.

Tulburări psihice în bolile infecţioase

Caracterizare generală

Tulburările psihice din infecții sunt extrem de variate și acest lucru depinde de natura germenului infecțios, de particularitățile reacției sistemului nervos central și de localizarea predominantă a leziunilor. În unele cazuri, rolul esențial îl au toxinele, care determină de regulă modificări reversibile. Este importantă intensitatea modificărilor și durata procesului infecțios. În alte cazuri, pe primul plan apar fenomenele inflamatorii și procesul dobândește caracterului unei encefalite meningite sau meningoencefalite.

Ca și intoxicațiile, infecțiile exercită o acțiune toxică, ce ajunge să se exercite atât asupra scoarței cerebrale, cât și asupra regiunii subcorticale cu efecte directe la nivel psihic.

În psihozele infecțioase, leziunile pot ajunge la distrugeri, dar în desfășurarea lor apar evident și fenomenele autoreglatorii de „apărare", de compensație și de restabilire, în care rolul esențial revine imunității. Delirul infecțios, ca și cel toxic, reprezintă o reacție tipică de „apărare",declanșată autoreglator de la nivel cerebral și dacă nu intervin complicații, el se termină prin vindecare, fără a lăsa vreo sechelă. Scoarța cerebrală fiind partea cea mai reactivă a creierului, reacționează față de infecție în principal printr-o inhibiție de protecție difuză. Existența acestei inhibiții de protecție, care se instalează cu mare regularitate în infecții și intoxicații, explică asemănarea mai mare sau mai mică dintre reacțiile psihotiforme acute care apar cu prilejul diverselor noxe exterioare, dar se diferențiază esențial, de structuările delirante sau de alt gen, din psihopatologie, sau din practica psihiatrică stricto-sensu.

După Bonhofer, atât infecțiile cât și intoxicațiile pot determina reacții psihice mai mult sau mai puțin tipice, acestea fiind în raport cu structura constituțională-psihodinamică a personalității.

Printre tulburările psihotiforme infecțioase, un grup aparte îl constituie tulburările psihice din encefalite. Encefalitele se caracterizează prin simptome neurologice mai mult sau mai puțin stabile. Aceste simptome se pot observa în unele cazuri și în alte psihoze infecțioase. În acestea din urmă, însă, accentul se pune pe modificările toxice și microleziunile cerebrale presupuse de tulpina germenului infecțios și de evoluția cu eventuale elemente reziduale, presupuse de specificul procesului recuperativ. Elementul decelabil clinic îl constituie modificarea reflxelor pupilare tendinoase unele disfuncții neurokinetice și redoarea de ceafă.

Delirul și halucinoza

Din punctul de vedere al unității dintre somatic și psihic, se înțelege că orice boală somatică gravă e însoțită totdeauna de

modificări mai mult sau mai puțin importante în sfera neuro-psihică, determinând diverse efecte, generînd senzații și impresii neplăcute, influențând dispoziția sufletească și care intervin, de fapt, în desfășurarea tuturor proceselor psihice. Aceast constat se referă îndeosebi la infecții, în care un rol important îl are atât febra, cât și intoxicația sistemului nervos cu toxine. Se distinge din acest punct de vedere deci, un delir *febril* și unul *infecțios*, care se deosebesc întrucâtva din punct de vedere clinic. Așa numitul *delir inițial* este delirul care apare încă înainte de creșterea febrei.

Delirul este tipul cel mai frecvent de reacție defensivă a sistemului nervos central față de infecții. Capacitatea de a prezenta reacții delirante caracterizează în special copiii și tinerii aflați in sepsă. În unele cazuri, delirul prezintă importante deosebiri individuale, variind în raport cu caracterul infecției, cu vârsta și cu starea sistemului nervos și tipul constituțional psihoindividual. În esență, în manifestarea delirantă, în accepțiunea curentă a cuvântului, este vorba de fenomene halucinatorii. Conștiința bolnavului este plină de imagini halucinatorii, care îi determină comportarea și orientarea conduitei.

Un alt tip de reacție față de infecții este *confuzia mentală*. Deși în multe cazuri în tabloul clinic se amestecă elemente delirante cu cele confuzionale, totuși este vorba de două tipuri de reacție deosebite. Se poate considera că delirul este o recție defensivă mai activă și se observă mai ales în cazurile care nu sunt complicate cu alți factori nocivi. În delir se menține conștiința propriei persoane, dar conștiința realității din jur etulburată, mai ales în perioada de invazie a halucinațiilor. Confuzia mentală însă caracterizează o tulburare profundă a conștiinței. După vindecarea unui delir infecțios, bolnavii își amintesc ce s-a petrecut cu ei și pot relata acest lucru, în timp ce după revenirea din confuzia mentală bolnavii prezintă o amnezie totală.

Intoxicația sistemului nervos, determinată de infecții, poate duce la tulburări psihice mai mult sau mai puțin durabile. Uneori, la acțiunea intoxicației se asociază modificări

distructive, microlezionale în sistemul nervos, determinate adesea de aceeași intoxicație.

Delirul febril

Acest delir se observă în stările cu temperatură mare. Legătura sa cu febra reiese din faptul că, spre seară, simptomele delirului se accentuează de obicei, pentru a scădea apoi către dimineață. Delirul este de scurtă durată, apare concomitent cu creșterea febrei și dispare rapid, o dată cu scăderea ei. În geneza fenomenelor intervin hiperemia cerebrală și, poate, factorii toxici. Diferența față de delirul infecțios nu rezidă numai în caracterul mai puțin accentuat al tulburărilor patologice. Delirul infecțios poate evolua, cel puțin în anumite etape, fără febră.Elementul esențial este faptul că delirul din diferite infecții se caracterizează prin anumite particularități psihofiziologice diversificate ca etiologie și expresie simptomatologică, în timp ce delirul febril este mai mult sau mai puțin asemănător, în toate pirexiile mari. În delirul febril se observă o obnubilare care se aseamănă cu somnul, însoțită de perceperea iluzorie a realității din jur. În tabloul clinic al bolii intră hiperestezia organelor de simț, agitația generală și tulburările de somn cu vise terifiante. Pe măsura dezvoltării fenonenelor patologice, conștiința se întunecă din ce în ce mai mult, apar halucinații, bolnavii văd figuri terifiante, aud țipete sau zgomote mari. O dată cu scăderea febrei, conștiința se clarifică și totul reintră în ordine.

Delirul infecțios

Delirul infecțios apare de cele mai multe ori paralel cu evoluția maximă a fenomenelor patologice și mai rar către sfârșitul bolii. Tabloul clinic al delirului infecțios e foarte variabil . Caracteristică este existența unor halucinații clare și tulburarea orientării temporo-spațială auto și allopsihică a persoanei bolnave. Se observă obnubilări de diferite intensități. În general, obnubilarea este mai accentuată spre sfârșitul bolii, dar foarte frecvent se observă variațiile mari ale gradului de obnubilare. În acest context, percepția bolnavilor se

caracterizează printr-o puternică înclinare spre iluzii și derealizare. Deseori bolnavii perep chiar obiectele simple, cu erori mari. Pentru delirul infecțios este caracteristic faptul că halucinațiile nu sunt izolate și disparate, ci au caracterul unor scenarii la care bolnavul este implicat și participă direct.

Deși în formarea delirului, mai ales în primele zile, intervin și reminiscențe din trecut, și o fantezie patologică, totuși materialul pentru ideile delirante este constituit mai ales de percepția iluzorie a realității și de imaginile halucinatorii. În cazurile grave, mai ales la sfârșitul bolii, la alcătuirea delirului participă totdeauna și diverse senzații interoceptive. Un alt element asupra căruia ne-am îndreptat atenția este delirul de dedublare a personalității. El reprezintă de fapt expresia unei tulburări a sintezei senzoriale. De cele mai mule ori, bolnavului i se pare că alături de el, în pat, mai stă cineva, de care el, bolnavul, este legat într-un anumit fel. Uneori, această persoană apare ca o anexă a corpului bolnavului și de fapt ea ar fi cea bolnavă, ea are dureri și diverse senzații neplăcute, silindu-l și pe bolnav să le suporte. Uneori bolnavul are impresia că diverse părți ale corpului său s-au dedublat, cum ar fi de pildă, faptul că „îl dor două capete" sau are două guri.

Senzațiile dureroase sau alte senzații patologice duc uneori la un delir special de posesiune. De cele mai multe ori conținutul lor este neplăcut, apăsător pentru bolnav. Există însă cazuri mai ușoare, în care bolnavilor li se pare că fac descoperiri sau dețin un rol important în evenimentele mondiale. Într-o anumită perioadă a bolii dispoziția poate fi excelentă și chiar euforică. În unele cazuri se observă o agitație motorie și o excitație verbală care dau impresia unei stări pseudomaniacale speciale, sau o excitație de alt caracter. Bolnavii se apără de un dușman presupus, opun rezistență la examenul medical și manifestă semne de agresivitate. Adesea se constată fenomene inverse, de rigiditate, care din punct de vedere exterior seamănă foarte mult cu cele catatonice, și anume repetarea stereotipă a aceluiași cuvânt sau a aceleiași fraze, agitarea ritmică a mâinilor sau înțepenirea într-o anumită poziție. Acesta se definește

uneori ca „delir rezidual" și el poate fi considerat tipic pentru stările postinfecțioase. În genere, el se observă atunci când fenomenele de astenie psihică împiedică atitudinea critică față de fenomenele patologice apărute în perioada acută a bolii.

Moartea poate surveni uneori mai tîrziu sau mai devreme, încă în perioada febrilă, mai ales la bolnavii având conștiința profund tulburată și prezentând o mare excitație psihomotorie, care adoptă uneori caracterul de fugă dezordonată. Acestea sunt cazurile care în trecut au fost definite ca delir acut. În infecțiile care evoluează cu o excitație marcată, sfârșitul letal are o probabilitate crescută.

Halucinoza infecțioasă

Halucinoza infecțioasă se apropie mai mult prin caracterul fenomenelor patologice de delirul infecțios, dar se deosebește de acesta printr-o tulburare mai puțin marcată a conștiinței și prin absența excitației psihomotorii. Ea se datorează efectului direct uneori exclusiv al agentului infecțios asupra sistemului nervos.

Sindromul confuziv

Confuzia mentală este un sindrom caracterizat în primul rând printr-o profundă tulburare a conștiinței asupra evenimentelor din jur și a conștiinței propriei persoane, ea dezvoltîndu-se de obicei în legătură cu afecțiuni somatice grave. Prin manifestările ei exterioare, boala se apropie de delirul infecțios. Ca și în delir, în sindromul confuziv se observă tulburări de conștiință, halucinații, agitație psihomotorie, dar corelația dintre aceste fenomene și natura lor este nulă. În comparație cu delirul, confuzia mentală reprezintă o formă de reacție de apărare a organismului, mai gravă și mai prelungită, cu tulburări mai profunde de conștiință. În tabloul clinic al bolii intră trei indici majori: *obnubilarea, halucinațiile și agitația*. Deosebit de afectată este conștiința propriei persoane, spre deosebire de delirul infecțios, în care este perturbată mai ales conștiința asupra evenimentelor din jur.

Alteori se observă fenomene de stupor sau simptome

catatoniforme. Bolnavii suferă de insomnie și de obicei, agitația se intensifică noaptea. Datorită agitației și negativismului alimentar, bolnavii slăbesc adesea foarte mult și par profund dezorientați. Uneori, precum soarele care apare și dispare de mai multe ori din nori, ei au și unele momente, instabile, cînd își dau seama de incapacitatea lor de a înțelege situația și poziția lor.

Adesea trebuie să diferențiem confuzia mentală de alte tulburări ale conștienței, apărute pe baza altor boli și mai ales a schizofreniei, în care nu se constată o obnubilare atât de profundă. În locul discordanței proprii acesteia din urmă, se constată însă o incoerență ideativă profundă. Nu trebuie să uităm că o confuzie mentală este de obicei legată de boli infecțioase și în general somatice, *grave*. Prognosticul în sindromul confuziv este în general favorabil. Datorită profundei obnubilări din timpul bolii, reminiscența în memoria bolnavului a celor întâmplate în timpul crizei de sindrom confuziv, nu se păstrează după însănătoșire, sau se păstrează doar parțial.

Tulburările psihice în stările postinfecțioase

Orice boală infecțioasă gravă lasă după sine, pentru o perioadă de timp variabilă, anumite tulburări psihice. În astfel de cazuri se întâlnesc obișnuit fenomenele de astenie, adinamie, apatie sau tendință crescută la oboseală și de labilitatea emoțională. Adesea ele se pot constata prin modificări temporare ale manifestărilor psihice în ansamblu, și pot fi înregistate fie în activitatea intelectuală, fie în sfera emoțională a manifestărilor persaoanei paciente.

Pentru bolnavii din această categorie cele mai caracteristice fenomene sunt stările de fatigabilitate și slăbiciune psihonervoasă. Alături de aceste modificări psihice există însă și modificări somatice: pierderea în greutate, senzația de slăbiciune, dureri în membrele inferioare, hiperestezie generală. Dintre simptomele psihice poate atrage atenția de cele mai

multe ori un fond subiectiv general cu specific asteno-depresiv. Bolnavii nu au nicioadă o bună dispoziție, fie chiar și tranzitorie, și nu sunt niciodată liniștiți. Ei sunt deprimați, oftează mereu, se plâng tot timpul de ceva, mereu îi doare altceva și adesea încep să plângă fără motiv. Ei nu se plâng însă de tristețe. Sfera lor afectivă se găsește de fapt într-o stare particulară de tensiune care face psihicul extrem de labil și vulnerabil. Bolnavii se aseamănă adesea cu copiii mici: ei nu reacționează la lucrurile serioase, dar în schimb, se plâng pentru lucruri lipsite de importanță. O particularitate caracteristică este irascibilitatea bolnavului și o nemulțumire continuă. Totul este rău, incomod, totul e iritant și le determină mânia și supărarea. Aceste explozii coleroase sunt scurte și se termină de obicei cu o criză de plâns. Apoi vor apare epuizarea și oboseala, care ocupă un loc important în tabloul clinic al stărilor descrise (atât în cazurile ușoare, cât și în cele grave). Majoritatea bolnavilor se plâng de o oboseală marcată, chiar și numai după câteva întrebări, sau după cea mai scurtă conversație, solicitată în cadrul examinării clinice. Uneori, testarea psihologică este imposibilă deoarece ei nu pot citi nici un rând, fiindcă atenția lor obosește extrem de repede.

În cazurile mai grave, bolnavii devin total inaccesibili, asemănându-se oarecum cu schizofrenii inhibați. Ei nu îndeplinesc insructajele care li se dau și nu reacționează la majoritatea întrebărilor puse, dar în aceste cazuri nu este vorba de negativism în accepțiuna sa psihiatrică. Efectiv, bolnavii denumesc doar câteva dintre obiectele care li se arată, efectuează unul sau două acte simple și apoi, epuizați, încetează complet de a mai reacționa.

Unele exemplificări mai simple:

Tulburările psihice din gripă

În majoritatea cazurilor, gripa nu lasă nici un fel de urmă. După trecerea perioadei febrile acute, bolnavii prezintă uneori stări de astenie mai mult sau mai puțin accentuate și prelungite. Consecințele îndepărtate ale gripei sunt relativ rare și se traduc mai ales printr-un sindrom astenic sau uneori sindrom asteno-

depresiv. Bolnavii acuză o tendință crescută la oboseală, stări de astenie și se plâng de greutățile pe care le întâmpină în efectuarea muncilor simple,sau obișnuite. Toate aceste urmări ale gripei nu sunt grave: bolnavul se simte în stare să-și continue activitatea și nu se adresează medicului decît atunci cînd asemenea indici se agravează.

Tulburările psihice din unele boli infecțioase acute ale copilăriei

Tulburile psihice din stadiul acut al bolilor copilăriei prezintă la copii, ca și la adulți, particularitățile proprii fiecărei infecții. În rujeolă, în primele zile de boală se observă o discretă stare de derealizare cu agitație, iluzii, senzații cutanate (prurit), neplăcute (gâdilituri) ș.a.. În plină erupție, această stare este înlocuită apoi de apatie, cînd „copilul zace". În scarlatină, în faza acută predomină apatia și dezorientarea temporo-spațială situațională. După 4-5 săptămâni sau mai mult, de la începutul bolii, apar stări de perturbare a conștiinței, cu percepții redundante clare, iluzorii și halucinatorii. Adesea acestea evoluează fazic (2-3 accese) și se termină prin vindecare. Trebuie să mai amintim că rujeola și scarlatina gravă pot fi punctul de plecare al unor crize convulsive care apar mai târziu, pe când dizenteria gravă pot determina uneori schimbarea fondului personalității copilului. Prin instituirea tratamenului medicamentos al crizelor comițiale menționate, acesta fiind de lungă durată, și în cazul cazul opțiunii medicului pentru preponderența fenobarbitalului, se crează în timp condițiile pentru o eficiență cognitivă diminuată, iar dacă ea este pentru finnlepsin, aceasta poate predispune ulterior la determinarea de tulburări de comportament.

Modificări psihice în secțiile de chirurgie

Intervenția chirurgicală, indiferent de amploarea ei, de la mici incizii septice până la marile intervenții pe cord, constituie

un eveniment deosebit de important în viața și pentru viața unui bolnav. Constatăm de aceea și o serie de momente psihologice în cadrul intervenției chirurgicale, momente în care pot apărea modificări psihice determinate de suferința îndelungată, de durerea fizică care precede internarea și care modifică starea generală a pacientului, creându-i o stare depresiv- anxioasă. În genere psihologia clinică menționează:

Momentul anunțării necesității intervenției chirurgicale. Acest moment necesită o bună pregătire psihologică, indiferent de vârsta bolnavului. Bolnavul, neavând o reprezentare exactă a ceea ce va urma, prezintă de regulă reacții subiective deosebite. Bolnavul suferă pentru că își reprezintă nu numai durerea, dar și eventualele riscuri, de aceea dacă nu sunt bine pregătiți psihologic, această situație poate avea un caracter dramatic. La acesta se adaugă durata invalidității relative, postoperatorii, durata spitalizării, întreruperea activității zilnice, conviețuirea cu alți suferinzi. Toate acestea pot avea influențe negative asupra bolnavului și-i pot încetini ritmul de însănătoșire postoperatorie.

- Reacția psihică provocată de intrarea în sala de operații în faza preparativelor făcute de personalul medical.
- Șocul postoperator și contactul cu suferința fizică de după operație.

Deci, pentru reușita unei intervenții chirurgicale, importantă nu este numai tehnica de execuție a operației, ci și înlăturarea factorilor psihogeni, negativi, care pot acționa nefavorabil asupra bolnavului.

Pregătirea bolnavului pentru operație se face în mai multe etape:

- Pregătirea preoperatorie
- Pregătirea peroperatorie (intraoperatorie)
- Îngrijirea postoperatorie.

Pregătirea preoperatorie

- Pregătire prin dispensarizare: pregătirea psihică a bolnavilor cu afecțiuni care nu comportă urgență, se face la nivelul circumscripției, dispensarului, sau policlinicii. Punctul

de plecare al pregătirii psihologice a bolnavului pentru operație este reprezentat de momentul în care medicul - în fața lipsei de succes a terapiei medicamentoase - indică necesitatea intervenției chirurgicale. Atunci bolnavului trebuie să i se facă o pregătire psihologică intensivă. Trebuie să i se explice cu calm, necesitatea actului chirurgical și urmările la care se expune dacă nu se supune operației. Elementul principal al pregătirii psihologice îl constituie însă insuflarea încrederii în reușita intervenției chirurgicale. Cu alte cuvinte, discuțiile psihoterapeutice au ca scop principal inhibarea unei dominante subiective negative a pacientului (frica de operație și de urmările ei), printr-o nouă dominantă pozitivă realizată prin intermediul psihologului clinician(de încredere în reușita operației) și care să o înlocuiască pe prima. Ceea ce trebuie să predomine în mintea bolnavului este elementul rațional, judecat și analizat în cunoștință de cauză, și nu elementul primar, afectiv. În acest mod, bolnavul va suporta mai ușor durerile sau alte efecte provocate de intervenția chirurgicală. Discuția cu bolnavii trebuie însă dusă cu foarte mult tact și abilitate, pentru că dacă bolnavului trebuie să i se spună adevărul, aceasta nu înseamnă că trebuie să i se spună acesta în totalitate, și, în orice caz, trebuie evitat să se stabilească un termen precis în care se va produce vindecarea, pentru ca în caz de complicații postoperatorii neașteptate, toată acțiunea psihoterapeutică postoperatorie să nu devină inutilă. În concluzie, personalul medical va lămuri familia și bolnavul asupra următoarelor puncte:

- scopul și necesitatea inetrnării
- pericolul amânării intervenției chirurgicale
- condițiile optime de tratament în spital
- competența medicală a cadrelor din spital
- reușita actului chirurgical.

O dată cu efectuarea analizelor preoperatorii se va face și o observație psihologică a bolnavului, pentru a determina tipul său de personalitate și particularitățile sale legate de vârstă, grad de cultură, experiența în legătură cu boala, mentalitatea față de spital, intensitatea reacțiilor afective.

Captarea afectivă a bolnavului are o importanță deosebită pentru că ea atrage după sine încrederea în chirurg și în personalul sanitar de asistare. Încrederea, legătura afectivă pozitivă, înlăturarea sentimentului de nesiguranță, măresc tonusul psihic al bolnavului și-l fac să suporte mai ușor suferințele legate de actul operator. O prestație de psihologie clinică insuficientă duce la agravarea stării bolnavului.

- Pregătirea internării așa cum se știe, pune o serie de probleme practice și teoretice de psihologie clinico-medicală, pe care specialiștii trebuie să le cunoască și să le aplice zilnic.
- Pregătirea în urgențele chirurgicale

Este necesar ca bolnavul să fie pregătit cu atenție pentru actul operator; dacă este posibil, va fi informat pe scurt asupra celor ce vor urma și i se vor explica scopul și sensul intervenției; i se va spune la ce anestezie va fi suspus și care sunt avantajele anesteziei respective. Convorbirea prealabilă cu bolnavul este de foarte mare importanță, deoarece sunt mulți bolnavi care refuză anestezia locală sau rahianestezia. Tactul și bunul simț în aceste situații au un rol hotărâtor, mai ales când cadrele sanitare tinere, în special asistentele, care stau mai mult timp în preajma bolnavului, pot cunoaște mai bine îndoielile și temerile bolnavului. În urgențele chirurgicale, aceste pregătiri sunt sumare.

Perioada peroperatorie

- Pregătirea în salon

Psihologul clinician trebuie ca, în preziua operației, pe lângă pregătirile medicale care se fac, să obțină din partea bolnavului respectiv, o stare relativă de echilibru psiho-nervos pentru ca acesta să se odihnească bine. Bolnavul bine pregătit psihic se prezintă totdeauna cu multă încredere în sala de operație. Bolnavilor cu un tip psiho-constituțional slab, este preferabil să i se administreze de cu seară un medicament tranchilizant și dimineața, înainte de a pătrunde în sala de operație, să li se facă o așa-numită „pregătire psihologică de bază", care-i deconectează parțial și face să fie suportat mult mai ușor evenimentul operator.

• Pregatirea și comportarea în sala de operație

La primirea bolnavului în sala de operație, psihologul sau medicul chirurg trebuie să vorbească cu el, să-l încurajeze și să-l familiarizeze cu etapele actului chirurgical. În acest fel se vor evita traumele psihice inutile, produse de o atmosferă solemnă, de tăcere și mister, care există în unele săli de operație. Personalul medical specializat, cu care bolnavul este familiarizat, va asista la operație și va sta lângă bolnav - în special în intervențiile făcute cu anestezie locală, vorbindu-i și îmbărbătându-l, atunci când pacientul are senzații neplăcute. Nu trebuie uitat că un cuvânt bun spus la timp, sau o simplă strângere de mână poate ridica pragul recepției durerii într-un mod impresionant și că asistarea bolnavului în timpul operației nu este nici o fantezie, nici un lux, ci o necesitate psihologică reală.

Îngrijirea postoperatorie

În condițiile operatorii moderne - atât pre, cât și intraoperator - traumatizarea afectivă a bonavului este redusă la minimum. Șocul psihic postoperator rămâne însă momentul cel mai critic deoarece durerea fizică postoperatorie constituie un element traumatizant de bază. De asemenea, din cauza anesteziei și a intervenției propriu-zise, tonusul sistemului psiho-nervos al bolnavului este mult scăzut.

Pentru aceasta să se ia o serie de măsuri specifice.Trebuie să se supravegheze cu atenție momentul revenirii bolnavului din anestezia generală așa încît acesta să nu fie singur sau cu persoane necunoscute în jur, în momentul în care își recapătă conștiința. Personalul medical care l-au pregătit, medic sau psiholog, trebuie să fie de față cînd se trezește.

Încă din primele momente ale ieșirii din narcoza anestezică i se va vorbi bolnavului cald, convingător și despre cu totul altceva decît despre operația chirurgicală, căutîndî-se a i se distrage atenția și a-l tonifica psihonervos.De asemenea este necesar a se lupta prin toate mijloacele împotriva durerilor fizice, pe de o parte prin medicație antalgică și psihoterapie adecvată, iar pe de altă parte prin crearea în salon su rezervă, a

unor condiții care să permită bolnavului să stea culcat, perfect relaxat, fără să aibe nici o nevoie de a se mișca.

În perioada postoperatorie imediată personalul medical specializat, va supraveghea bolnavul și în timpul nopții, cunoscînd fiind faptul că cele mai dificile sunt primele 24 de ore de la intervenție.

Imediat după operație, se va începe o acțiune sistematică de sugestionare psihoterapeutică și convingere a bolnevului, că se va face bine în curînd. Se pot utiliza și alte metode psihoterapeutice pentru stimularea procesului de vonță și a trăsăturilor pozitive de caracter. Nu trebuie omis că prin cuvinte necotrolate se pot provoca bolnavului dereglări funcționale grave.

Modificări psihice

Modificările psihice care survin la bolnavii din serviciile de chirurgie sunt strîns legate de:

- tipul lor constituțional de personalitate
- specificul și gradul intervenției chirurgicale
- teama sau încrederea în reușita intervenției
- specificul invalidității postoperatorii
- noul regim de viață și durata spitalizării

Se poate spune deci, că în clinica chirurgicalămodificările psihice sunt produse de suferința pre- și postoperatorie precum și de impactul subiectiv sau teama de operație.

Dar, în clinica chirurgicală, mai există o categorie de mari suferinzi cronici, cu suferințe greu reductibile prin mijloacele terapeutice obișnuite: este vorba de durerili cancerosilor ale amputaților sau ale celor arși în proporții crescute. Acești bolnavi, din cauza suferințelor lor, prezintă modificări psihice de tip depresiv, se izolează de mediul ambiant, și dacă nu se manifestă grija necesară față de ei, pot ajunge la sinucidere. De obicei devin toxicomani și fiecare săptămînă înseamnă mărirea dozei de mialgin sau de morfină sau alt tip de antalgic cu acțiune centrală (drog).

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE*

COLAJ

Personalitatea cuprinde trăsăturile de caracter durabile, care ne definesc ca oameni în ceea ce noi avem distinct: nepăsători sau anxioși; calmi sau teatrali; ambițioși sau retrași; curajoși sau timizi; mulțumiți de sine sau nehotărâți; optimiști sau pesimiști.

Personalitatea, sectorial sau relativ global, ca manifestare, uneori se poate schimba sau evolua chiar rapid, cum ar fi de ex. o convertire religioasă care remodelează un bărbat timid într-un adept curajos.

Persoana ca entitate psihologică este un spectru care se cuprinde între asemenea contraste psihologice sau antinomii. Acestea se pot intrepătrunde și pot fi descrise în psihologia clinică sub denominația de dimensiuni specifice, conform câtorva axe ortogonale metodico-didactice : introvertit-extovertit, nevropat-psihopat, etc.

Din această perspectivă, personalitățile anormale pot fi caracterizate ca ocupând extremele spectrului. Personalitatea anormală are însă o semnficație importantă doar în situația în care este dezadaptativă și afectează atât posesorul ei, cât și pe partenerii lui. În general, simptomele psihice care se consideră că aparțin unei tulburări de personalitate, sunt mai dificil de tratat decât simptomele determinate de alte cauze.

Psihopatia reprezintă o tulburare de personalitate permanentă caracterizată sintetic prin comportament antisocial, incapacitatea de a stabli relații interpersonale profunde și lipsa sentimentului

*G. Ionescu - 26 - 1997

de vinovăție. Această definire este dificil de susținut, în special avându-se în vedere faptul că pe cei pe care societatea dorește să-i uite, mai întâi îi califică și-i consideră nebuni sau răi. Folosirea sinonimelor precum „sociopatie", „anetopatie" ș.a., nu ocolește această dificultate. Pacientul este impulsiv, instabil, imatur emoțional, (cei 3 I) și privește partenerii săi cei mai apropiați, fără afecțiune și considerație normală, conform patternurilor psihosociale de bază.

Tipul de personalitate are în vedere structura acesteia din perspectiva normalității. Astfel, tipul este ilustrat prin pattern-uri comportamentale relativ stabile care au în vedere un mod personal de a percepe, simți, gândi și reacționa. Expresie a unei organizări și structurări psihice specifice, tipul de personalitate se înscrie în normalitate unde realizează categorii sau grupări, pe baza unor asemănări generale și formale (ex. tip brevilin, longilin, picnic, displastic etc.).

Spre deosebire de tulburarea de personalitate, tipul nu determină nici o disfuncționalitate și cu atât mai puțin o invaliditate funcțională profesională sau socio-familială. Tulburarea de personalitate reprezintă o deviație extremă sau semnificativă de la pattern-ul comportamental comun al grupului cultural respectiv. O astfel de tulburare a mai fost denumită dezvoltare întrucât ea se schițează din copilărie, se cristalizează la adolescență și însoțește persoana respectivă pe tot parcursul experienței sale.

Modificarea de personalitate apare, de obicei, la vârsta adultă, în urma unei trăiri psihostresante excesive și prelungite, sau în urma unei boli psihice severe. Spre deosebire de tulburarea de personalitate care constituie o dezvoltare, modificarea de personalitate este dobândită. Sub aspect etiologic, tulburarea de personalitate are un sorginte pluri-factorială, în timp ce modificarea de personalitate este întotdeauna secundară unei situații sau condiții elocvente și certe: dezastre, tortură, lagăre de concentrare, ostateci, cap-tivitate sau boală psihică severă.

Clasificare bazată pe gradul de severitate

În ultimii ani a apărut o nouă clasificare a tulburărilor de personalitate bazată pe criterii conceptuale, etiologice și

prognostice. Din această perspectivă, tulburările de personalitate sunt sistematizate în trei categorii:

- tulburări de spectru
- tulburări de sine
- tulburări de trăsătură

Se consideră că această sistematizare indică o ierarhi-zare, în privința abordării clinice și mai ales terapeutice, a diferitelor entități. În plus, se apreciază faptul că această sistematizare constituie "un pas spre un cadru bazat pe date de validitate" (J.G Gunderson, Katharine A. Philips, (1994, p. 1434). Tulburările de spectru ale personalității (care cuprind forma schizotipală, paranoidă, hipertimă, ciclotimă și depresivă) prezintă următoarele caracteristici:

- se conformează „modelului dimensional" în sensul că pot fi înscrise într-un continuum cu tulburările pe axa I.

Tulburările de sine ale personalității (care cuprind forma schizoidă, antisocială și borderline) se caracterizează prin faptul că:

- prezintă o imagine de sine inadecvată, disproporționată sau falsă
- sunt favorizate sau determinate de situații frustrante sau stresante ale copilăriei timpurii, ca și de mediul familial neunitar sau perturbator
- au structuri psihice fragile și sensibile la influențele mediului social.

Tulburările de trăsătură ale personalității (care includ forma obsesiv-compulsivă, histrionică, dependentă, narcisică, pasiv-agresivă și evitantă) sunt ilustrate prin:

- inadecvarea la grupul social și dificultăți structurale de armonizare și integrare în grup
- un grad semnificativ de "suferință subiectivă"
- o importantă invalidare socioprofesională
- asemănarea cu trăsăturile normale de personalitate, fiind considerate ca variante extreme ale acestora.

TULBURĂRI DE PERSONALITATE

- DE SPECTRU
  - schizotipală
  - paranoid
  - hipertimă
  - ciclotimă
  - depresivă

5

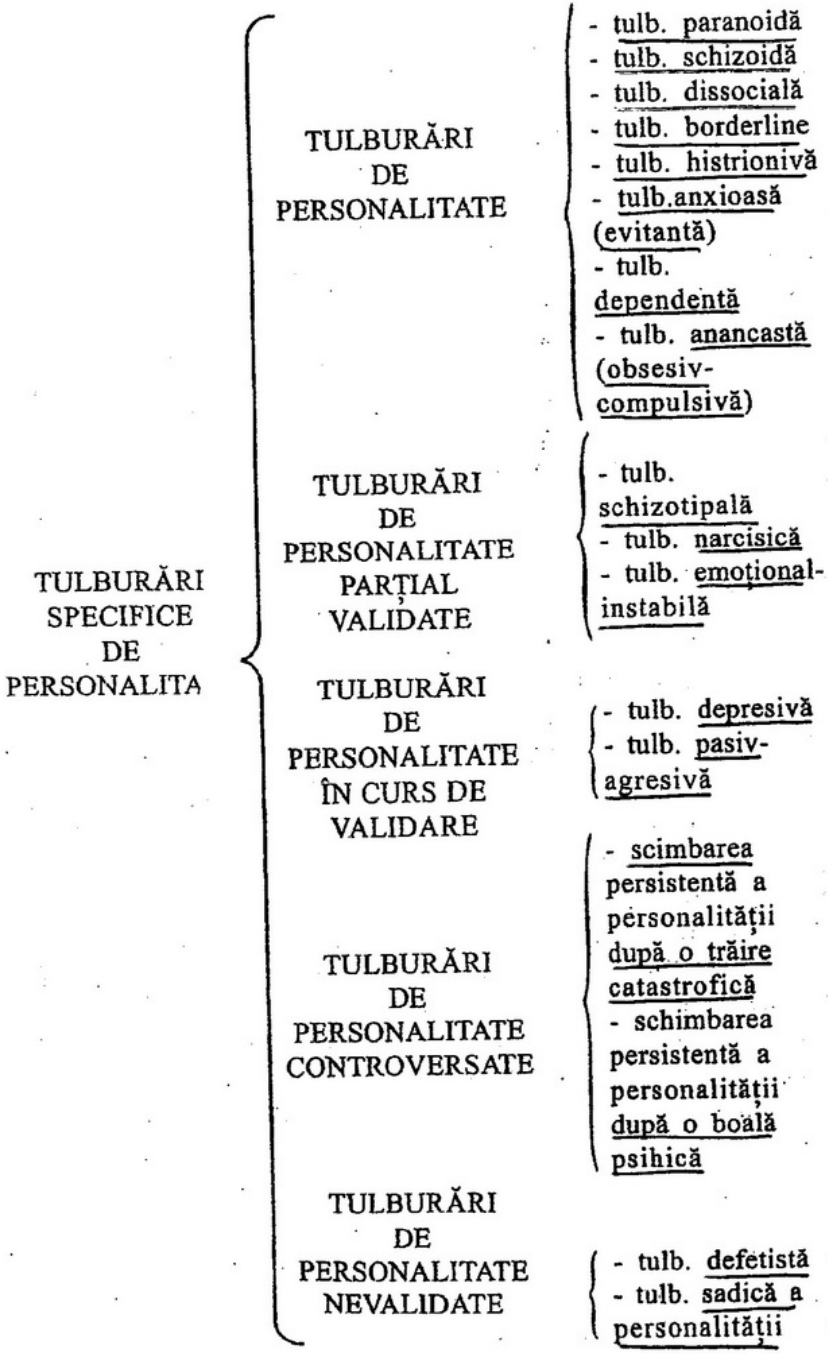
- DE SINE
  - schizoidă
  - antisocială
  - borderline

3

- DE TRĂSĂTURĂ
  - obsesiv
  - compulsivă
  - histrionică
  - dependentă
  - narcisică
  - pasiv-agresivă
  - evitantă

6

Elementul esențial care trebuie să fundamenteze orice clasificare este criteriul. Esențial și totodată definitoriu, criteriul asigură reliabilitatea, validitatea și stabilitatea unei clasificări. În patologie, criteriul esențial pentru orice taxonomie ar trebui să fie cel etiologic, sau bazat pe etiologie. Cu o jenă ce n-ar mai trebui disimulată, exceptând bolile infecțioase, medicina și, evident psihiatria, este încă departe de a stăpâni etiologia. Mascând cu grijă ignoranța în domeniul cunoașterii cauzelor, medicii, stăpâniți de un nedisimulat și, poate, non-conștient orgoliu, au ajuns experți în supoziții etiologice, în presupuneri asupra cauzelor bolilor. Fenomen psihic specific omului, dorința de aflare a cauzelor (care a constituit, la rândul ei, un factor important al evoluției ființei umane) nu a ocolit nici savanții din domeniul medical. În general, spre zenitul vieții lor, aceștia s-au aventurat în aria nisipurilor mișcătoare ale etiologiei, mulți dintre ei, începând cu părintele medicinii, Hipocrate, acoperindu-se de ridicol. Pe de altă parte nu poate fi omis faptul că lumea științifică de astăzi, din domeniul medical, - atât în prezentarea tabloului clinic al bolilor, cât și în alegerea criteriilor nosografiilor - lăsând în paranteză etiologia, se bazează pe ceea ce știe și cunoaște mai bine, și anume pe simptomatologie.



Tulburarea paranoidă a personalității

Definiție

Tulburarea se caracterizează printr-o triadă comportamentală, ilustrată prin suspiciozitate, neîncredere și interpretativitate, care survine la un adult tânăr, axat ferm pe traiectoria puterii; cu o logică fermă argumentativă și persuasivă, el pare omul acreditat succesului.

Într-o altă definiție tulburarea „este caracterizată printr-o neîncredere pervazivă și suspiciozitate față de ceilalți, astfel încât motivele conduitei lor sunt interpretate ca răuvoitoare" (J.G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1434).

Sinonimii, includere

Conform opiniei experților OMS, în această categorie a tulburărilor de personalitate se include „tulburarea de personalitate expansivă, fanatică, cverulentă și senzitivă" (CIM – X, 1992, p. 203). Adăugăm faptul că tot aici se înscrie, desigur, clasica „psihopatie paranoică", respectiv „tulburarea de personalitate paranoică".

Precum se știe, până în ultimii ani sufixul „*iac*" (paranoi*ac*) ilustra entitatea nosografică lipsită de halucinații, în timp ce „*id*" (paranoi*d*) sublinia tocmai existența halucinațiilor.

Debut

Tulburarea „la adultul tânăr" (DSM – IV, 1994, p. 637), deși aspecte ale personalității premorbide sunt evidente încă de la vârsta școlară și mai ales după adolescență.

Trăsături psihologice și psihopatologice

În locul termenului de „simptome" sau „manifestări clinice" îl preferăm pe acela de „trăsături", încât aceste entități:

- sunt expresia personalității insului,
- sunt persistente în sensul că apar în adolescență, devin evidente la vârsta adultă tânără și însoțesc persoana în cauză de-a lungul întregii sale existențe.

Pe de altă parte, aceste trăsături nu sunt în mod elocvent patologice și, într-o formă și manifestare mai discretă, se întâlnesc la un mare număr de persoane, ceea ce ne determină a le denumi „*trăsături psihologice*". Deseori caracterul definitoriu pentru un

anumit tip de tulburare a personalității este determinat nu numai de amploarea trăsăturilor ci și de prezența lor la aceeași persoană. Din acest motiv ele au fost grupate în:

- trăsături caracteristice sau esențiale și
- trăsături facultative sau asociate.

Totodată, s-a depus un efort îndelungat de a prezenta trăsăturile din fiecare categorie nosografică în ordinea importanței lor, ierarhia fiind realizată în funcție de doi factori și anume :

- incidența cu care trăsătura respectivă este întâlnită și
- semnificația trăsăturii pentru tulburarea de personalitate în cauză.

TRĂSĂTURI CARACTERISTICE

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Suspiciozitate exagerată* față de persoane din grupul familial sau profesional, referitoare la realele intenții ale acestora. Astfel, acte, acțiuni sau atitudini prietenoase sau neutrale sunt percepute și interpretate în mod distorsionat, fiind considerate ca interesate, inautentice, aparente sau chiar fățarnice.

Neîncredere generalizată, uneori jignitoare, față de relatarea de date, fapte, situații și evenimente. Îndoiala pacientului, rezerva și tendința de verificare a celor prezentate sau relatate sunt de natură să afecteze prietenii sau asociații cu bune și autentice intenții.

2. *Controlul fidelității și autenticității datelor, faptelor și situațiilor* prezentate (de cei apropiați și bine intenționați) se instituie ca o caracteristică independentă a acestui tip de personalitate. Persoana în cauză nu are încredere în afirmații, relatări, asigurări (care în accepția sa sunt „simple cuvinte" a căror menire este „să ascundă adevărul") fapt pentru care el se simte „îndreptățit" să recurgă la verificări.

3. *Interpretativitate.* Mai ales când datele, faptele și situațiile vizează interesele personale, cel în cauză trece de la îndoială și neîncredere la interpretare. În spatele celor relatate, dincolo de realitate, el vede interesele ascunse, amenințări, încercări de subminare a statutului său profesional sau social

Pe acest fundal, uneori apar tendințe și pulsiuni imaginativ – interpretative, în care, în afara unor date sau fapte dar într-o anumită situație sau context cel în cauză are revelația unor acțiuni

ostile (cu privire la statutul, moralitatea sau reputația sa) față de care reacționează în mod rapid, disproporționat și, desigur, surprinzător pentru cei din jur.

4. *Reținerea, distanțarea, nonconfidențialitate, ermetizare.* Acest tip de personalitate nu oferă celor din jur nici un fel de date asupra situației sale, a istoriei personale sau familiale, ori asupra intențiilor sau planurilor sale. Este colegul despre care, în afara conduitei profesionale, nu i se cunoaște adresa, starea civilă, existența sau inexistența copiilor sau alte aspecte esențiale ale situației sale. Numeroase elemente psihice și trăsături psihologice contribuie la cristalizarea acestor conduite, dar elementul esențial al ermetizării sale este neîncrederea funciară asupra celor din jur care, în mod cert sunt rivali, adversari și potențiali dușmani ai săi.

5. *Tendința de putere, succes, valorizare.* Persoana cu trăsăturile mai sus menționate prezintă totodată o forță motivațională esențială, univoc orientată spre obținerea puterii, câștigului, valorizării. El este omul care „știe ce vrea", care nu se încurcă și nici nu întârzie asupra aspectelor neesențiale din viață, care (în concepția sa) nu contribuie la îndeplinirea scopurilor sale. El nu atrage atenția atât prin faptul că „știe ce vrea" (deși in limba română sintagma are o conotație peiorativă), ci mai ales prin faptul că el vrea cu fanatism. La minimum, el este omul acreditat succesului, iar la maximum, el este un fanatic al puterii. Ținta sa este ascensiunea, iar deviza sa, este puterea.

6. *Dificultăți interrelaționale, de integrare și armonizare* în grupul familial și socioprofesional. Trăsăturile mai sus menționate izolează și particularizează tipul paranoid de personalitate care, în același timp, este marginalizat de grupul său. Se ajunge astfel la un cerc vicios, conform căruia cel în cauză este structural deosebit de grupul său pe care-l subevaluează și dorește să-l domine, în timp ce grupul adoptă o atitudine de evitare și rejecție, acreditându-i trăsăturile cu o conotație negativă.

TRĂSĂTURI ASOCIATE

Trăsături asociate sau facultative

1. *Rigoare, logică, argumentativitate și persuasiune.* Spre deosebire de unele studii care găsesc la acest tip de personalitate o capacitate cognitivă relativ redusă, observația curentă confirmă

opinia clasică asupra proeminenței sale cognitive. Ca dovadă, cel în cauză se prezintă ca rațional, obiectiv, nonemoțional. El posedă un grad semnificativ de rigoare logică, judecățile și silogismele sale respectând în mod elocvent rigorile logicii formale. Astfel, el este limpede în exprimare, coerent, argumentativ și persuasiv izbutind, de cele mai multe ori, să-și impună ideile sau punctul de vedere.

2. *Combativitate și tenacitate*, care se manifestă cu elocvență surprinzătoare mai ales în apărarea drepturilor personale. Cu un simț particular al interesului personal pentru care luptă cu o nestrămutată hotărâre, cel în cauză pare un excentric litigios sau, în cel mai bun caz, un colecționar de injustiții. In tendința de a obține tot ceea ce crede că i se cuvine, el apelează la toate forurile justițiare reale și imaginare, fapt care induce, uneori teamă sau chiar teroare. Astfel, lui nu i se pare inoportun sau hazardat ca cel mai important om din stat să-i asculte argumentația logică a cărei premisă, îndoielnică sau falsă, este însă atent disimulată.

3. *Nevoia de a fi recunoscut, stimat, prețuit*, pentru care nu ezită să-și sublinieze ori să-și supraestimeze meritele, realizările și posibilitățile.

4. *Slabă toleranță la pierdere, eșec sau frustrare*, situație care în loc să-l demobilizeze, îi exacerbează eforturile de promovare, ascensiunea, câștig și realizare.

5. *Intoleranță la minimalizare, rejecție, ignorare*, dar mai ales *la observații critice, depreciative*, pentru care prezintă o alergie psihică.

6. *Heteroatribuirea insuccesele*or sau implicațiilor negative, ceilalți fiind întotdeauna culpabilizați și acuzați pentru acestea; prin mecanisme proiective, ei atribuie întotdeauna altora intenții malefice sau conduite ostile.

7. *Rezonanță afectivă redusă*, ceea ce le conferă o conduită rece, detașată, distantă. Reducerea evantaiului trăirilor afective nu-i jenează, situațiile dramatice oferindu-le posibilitatea de a-și sublinia spiritul lor rațional și stoic.

8. *Tendință la autonomie, incapacitate de cooperare*. Acest tip de personalitate este chintesența luptătorului cu puternice valențe de a se distinge, de a se impune și de a conduce. În consecință,

el nu se poate înscrie în tipare și norme. Este spiritul autocritic care știe mai bine decât ceilalți ceea ce trebui făcut, considerând că este inutil să consulte opinii, să adopte puncte de vedere, să se conformeze hotărârii altora. Fără a fi un impulsiv, un excentric sau un demonstrativ, prin structura personalității sale este un nonconformist.

9. *Exigență și intransigență*. De obicei lider, cel cu tulburare paranoidă de personalitate caută să instituie ordinea, disciplina, dar mai ales supunerea. El pretinde de la ceilalți o conduită activ – dependentă, având o grijă obsesivă ca aceasta să-i consolideze statutul, să-i asigure performanțele. Exigent in principiu, el nu ezită să fie necruțător în sancțiuni, ignorând circumstanțele sau motivele neîndeplinirii atribuțiilor, dispozițiilor sau ordinelor sale.

10. *Tendința de autovalorizare și atitudinea auto – referențială*, realizate prin starea de continuă alertă pe de o parte și apelul la exemplul personal, pe de altă parte. În fapt, el nu conține în a-și sublinia calitățile și realizările printr-un apel continuu la posibilitățile și acțiunile sale.

11. *Atitudine de supraestimare și fantezii de omnipotență și grandoare*. Pe fundalul autoaprecierii și supraestimării, mai ales în urma unor succese sau realizări, persoana paranoică dezvoltă fantezii de omnipotență și valorizare pe care le prezintă ca atare sau cu o discretă disimulare.

12. *Supravalorizarea rangului, puterii și forței* corelativ cu desconsiderarea și *disprețul pentru cei slabi, incapabili, suferinzi*, deficitari, hipobulici, „nerealiști", sau „romantici".

Trăsături diferențiale

Ele pot fi dependente de sex, vârstă, și apartenență etnoculturală.

Evoluție

Fiind vorba de o structurare particulară a personalității și nu de o boală psihică propriu – zisă, această entitate are o evoluție îndelungată, eșalonată pe parcursul întregii vieți. Uneori însă, în funcție de schimbarea condițiilor existenței, a modului de viață, sau înlăturarea situațiilor stresante, trăsăturile paranoide înregistrează o *patomorfoză intrasindromală* și, prin „formațiune reacțională", capătă un conținut altruist sau de moralitate militantă.

Actualmente se consideră că în urma unor situații psihotraumatice sau stresante pot apare „foarte scurte episoade psihotice a căror durată este estimată la câteva minute sau ore" (DSM – IV, 1994, p. 635). De asemenea, tulburarea de personalitate paranoidă poate apare „ca un antecedent premorbid al tulburării delirante, al schizofreniei sau al depresiei majore"

Diagnostic diferențial

În linii de maximă generalitate, tulburarea paranoidă de personalitate poate fi diferențiata de:

- tulburări psihotice cu manifestări adiacente,
- alte tulburări de personalitate.

Abordare terapeutică

Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă au o foarte slabă complianță terapeutică ; ei se prezintă rareori la medici și numai atunci când se află în impas, de cele mai multe ori fiind aduși de către familie sau colegi.

Abordarea psihoterapeutică apare ca tratamentul de elecție al acestei condiții clinice. În această situație psihoterapeutul trebuie să țină seama de următoarele reguli:

l prin structura personalității lor, acești pacienți nu suportă psihoterapia în grup, impunându-se o psihoterapie individuală;

l abordarea psihoterapeutică individuală nu trebuie bazată pe încredere și intimitate, acestea fiind zone sensibile pentru personalitatea paranoidă ;

- psihoterapeutul trebuie să adopte, cel puțin în stadiul individual al terapiei, un stil strict profesional și să evite comportarea afectiv – suportivă.

- dacă abordarea psihoterapeutică este de inspirație psihanalitică, terapeutul trebuie să fie foarte circumspect în privința interpretării la care acest pacient este „alergic"; datorita acestui fapt,

- se recomandă ca terapeutul să evite interpretarea sau chiar abordarea psihanalitică ;

- pacientul cu personalitate paranoidă este intolerant sau tolerează cu dificultate intruzivitatea terapiilor comportamentale care, și ele, pot fi evitate;

- psihoterapeutul trebuie prevenit asupra faptului că pacientul său poate dezvolta un *transfer negativ* ilustrat prin conduita agresivă sau acuze delirante, fenomene care trebuie tratate cu toleranță și profesionalitate.

Cum să te porți cu personalitățile paranoice

Recomandabil:

- să vă exprimați limpede motivele și intențiile
- să respectați convenientele cu scrupulozitate
- să mențineți cu contact regulat cu el (ea)
- să faceți referiri la legi și regulamente
- să-i lăsați unele mici victorii, dar gândiți vă-bine care
- să vă găsiți aliați în altă parte

Nerecomandabil:

- să renunțați la a lămuri neînțelegerile ce pot surveni
- să le atacați punctele de vedere
- să comiteți greșeli
- să-l bârfiți, căci va afla
- să discutați politică
- să deveniți și voi paranoici

Tulburarea schizoidă a personalității

Definiție

Tulburarea de personalitate schizoidă se caracterizează clinic printr-un grad semnificativ de introversiune, detașare de realitate, sociofobie, neimplicare și slabă disponibilitate de rezonanță afectivă.

O altă definiție demnă de reținut are în vedere „un pattern pervaziv de detașare de la relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relațiile interpersonale" (DSM – IV, 1994, p. 641).

Această formulare este preluată și în ultima ediție a Tratatului American de Psihiatrie (de către G.J. Gunderson și Katarine A. Phillips, 1995, p. 1444).

Debut

Spre deosebire de alte tulburări de personalitate al căror debut

este la vârsta adultă tânără, „debutul de personalitate schizoidă este situată este situat de obicei, în prima copilărie" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 736).

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Introversiune marcată.* La prima vedere liniștiți și flegmatici, acești oameni sunt, de fapt, reci, retrași, distanți, închiși, nesociabili.
2. *Detașarea de realitate.* Considerați de către ceilalți că „nu știu pe ce lume trăiesc", ei par „rupți de realitate" în sensul că nu sunt întreprinzători, implicați, angajați, fiind indiferenți chiar față de propriile lor interese.
3. *Sociofobie.* Pacientul nu este numai retras și nesociabil, dar grupul și viața socială îl perturbă ; tocmai de aceea el evită oamenii, aglomerările, situațiile și, profesiile care implică relațiile cu alții.
4. *Nonimplicare* în situații și activități practice. Pacientul cu tulburare schizoidă este neimplicat în evenimentele cotidiene care, deși preocupă viața socială a grupului, acționează vag asupra sa. Neimplicat în evenimentele vii ale vieții, el nu este interesat de viața celor din jur, bucuriile și necazurile altora ajungând la el doar în surdină.
5. *Rezonanță afectivă redusă,* diapazonul afectivității sale fiind restrâns. Astfel, evenimentele cu o amplă conotație afectivă, ca pierderea unor persoane sau idealuri, nu pot determina o manifestare afectivă corespunzătoare.
6. *Slaba disponibilitate de a trăi eșecul, pierderea, frustrația,* ca și satisfacția succesul, realizarea, este o consecință firească a reduselor disponibilități de rezonanță afectivă.
7. *Preferința pentru activități solitare sau desfășurate în izolare* (paznici de noapte, cercetători, cantonieri, pichetari) care ar fi greu de suportat de cei mai mulți.
8. *Conduita neconvențională, nonconformistă,* sau *bizară,* este consecința logică a introversiei, detașării, nonimplicării și ignorării opiniei celorlalți.

Trăsături facultative sau asociate

1. *Înclinația spre introspecție și reverie.* În general cei cu tulburare de personalitate schizoidă sunt oameni ai cărților și ai ideilor, cu

slaba forță de rezonanță afectivă și cu mari disponibilități reprezentativ – imaginative, acești oameni sunt mai impresionați de problemele teoretice și de situațiile din cărți decât de faptele reale și vii ale vieții. Astfel, îndepărtați de politică și cu atât mai puțin militanți politici, ei elaborează doctrine politice sau curente filosofice, elaborează teoreme matematice, sau dezvoltă ample interese pentru astronomie, domenii în care dovedesc nu numai competență, cât și creativitate.

2. *Preocupări reduse sau absente pentru activitatea sexuală* și de aceea, cei mai mulți dintre ei nu se căsătoresc.

Trăsături diferențiale

Acestea se pot referi la aspecte specifice care pot fi dependente de vârstă, sex, sau apartenență etnică sau culturală.

Evoluție

Întrucât este o structurare particulară a personalității, evoluția tulburării schizoide este îndelungată, de cele mai multe ori fiind eșalonată pe parcursul întregii existențe.

Complicații

Actualmente se consideră că tulburarea de personalitate schizoidă „poate apare ca un antecedent premorbid al tulburării delirante, al schizofreniei sau al tulburării depresive majore" (DSM – IV, 1994, p. 639).

Totodată, situații psihotraumatizante sau intens stresante pot ocaziona episoade psihotice scurte, a căror durată ar putea fi de minute sau ore.

Abordare terapeutică

Din perspectiva terapeutică pot fi schițate trei modalități de abordare: acea a psihoterapiei individuale, a psihoterapiei de grup și a psihofarmacologiei.

Psihoterapia individuală își poate alege metoda în funcție de următoarele considerente

- deși distanți, pacienții prezintă mari disponibilități pentru dezvoltarea unei ambianțe terapeutice trainice ;
- elementul (obiectivul) terapeutic esențial este teama de dependență a pacientului.

Psihoterapia de grup este indicată și, pentru astfel de pacienți, se dovedește eficientă. În desfășurarea procesului terapeutic,

pacientul trebuie protejat:

- în privința înclinației sale spre tăcere;
- împotriva agresivității din parte unor membrii extravertiți sau expansivi ai grupului.

Cum să ne comportăm cu personalitățile schizoide:

Recomandabil

- să-i respectați nevoia de singurătate
- să-l puneți în situații pe măsura lui
- să-i ascultați lumea interioara
- să-i apreciați felul de a fi

Nerecomandabil

- să-i cereți să manifeste emoții puternice
- să-l sufocați cu prea multă conversație
- să-l lăsați să se izoleze complet

Tulburarea schizotipală a personalității

Definiție

Definițiile acestei condiții clinice constau în menționarea celor mai importante trăsături de personalitate. Astfel, tulburarea schizotipală este definită ca „un pattern pervaziv de deficit interpersonal sau social, marcat de un disconfort afectiv acut de capacitate redusă pentru legături apropiate și de distorsiuni cognitive și perceptuale ilustrate prin excentricități comportamentale" (DSM – IV, 1994, p. 645).

Din perspectivă mai generală și totodată mai psihiatrică, tulburarea schizotipală este definită prin „comportament excentric și anomalii de gândire și afectivitate care se aseamănă cu cele din schizofrenie" (ICD – X, 1992, p. 95).

Sinonimii, includere

Tulburarea schizotipală a personalității cuprinde o largă arie de sinonimii, toate referitoare la schizofrenie. Astfel, anumite forme particulare, întotdeauna marginale, ale schizofreniei sunt incluse actualmente în aria tulburării schizotipale. Printre acestea se citează : *schizofrenia latentă, schizofrenia pseudonevrotică, schizofrenia pseudopsihotică, schizofrenia pseudoprodromală, schizofrenia prepsihotică, schizofrenia borderline.*

Tulburarea schizotipală apare la adultul tânăr deși trăsăturile de personalitate relativ specifice pot fi constatate și la adolescent.

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Aspecte particulare și excentricități în comportament și în prezentare.* Astfel, comportamentul expresiv ca și aspectul vestimentar al pacientului schizotipal prezintă un aspect particular și nu rareori bizar.
2. *Rezonanța afectivă redusă,* cu slabe capacități de reacție la situații stresante, psihotraumatizante sau frustrante.
3. *Relaționare slabă,* cu sociofobie și absența prietenilor sau confidenților. Introvertiți prin excelență, acești oameni par a avea o lume interioară suficient de bogată pentru a-i menține intr-un anumit grad de detașare față de lumea reală, concretă, a faptelor și a evenimentelor.
4. *Ideație dominată de convingerea că posedă însușiri rare,* particulare, ilustrate prin *clarviziune,* capacitatea de *premoniție, telepatie* sau *superstiție.*

Trăsături facultative sau asociate

1. *Convingeri insolite, ciudate sau gândire magică* ce determină un comportament particular al persoanei, nonconcordant cu normele, regulile și obiceiurile grupului cultural căruia îi aparține.
2. *Anxietatea de fundal cu conținut predominant social,* față de care persoană nu dezvoltă idei și atitudini contrare, fapt care contravine unei stări și conduite obsesive.
3. *Episoade psihotice tranzitorii,* de foarte scurtă durată (minute sau ore), caracterizate clinic prin iluzii, manifestări halucinatorii (predominant auditive) și idei prevalente sau delirante. Astfel de manifestări psihotice „survin, de obicei, fără o cauză externă" (ICD – X, 1992, p. 96.

Evoluție

Tulburarea schizotipală prezintă o evoluție extrem de îndelungată, de cele mai multe ori eșalonată pe parcursul întregii existențe a persoanei. Ea poate prezenta fluctuații ale manifestărilor clinice, cu reducerea sau exacerbarea acestora, ocazionând așa numitele " decompensări" care impun tratament psihofarmacologic specific .

Actualmente, nosografia modernă, și în primul rând, DSM-IV (1994), acceptă existența concomitentă a două entități nosografice, una constituind, de obicei, fundalul pentru cea de a doua. Tulburările de personalitate oferă numeroase exemple în acest sens. Astfel, diagnosticul diferențial își sporește la un moment dat rigoarea excluderii, lăsând loc *diagnosticului adițional.*

În cazul de față tulburarea schizotipală, prin evoluția și situația sa de fundal, poate primi rolul de diagnostic adițional pentru schizofrenie, dacă:

- își poate argumenta existența în anii care au precedat debutul *schizofreniei;*
- își poate ilustra prezența după remisiunea manifestărilor psihotice specifice schizofreniei.

O altă situație de comorbiditate realizată de tulburarea schizotipală are în vedere *depresia majoră*. Sub acest unghi se consemnează faptul că „50% dintre pacienții cu tulburare schizotipală pot prezenta ca diagnostic concurent depresia majoră" (*DSM – IV,* 1994, p. 642).

Un înalt grad de comorbiditate se întâlnește între tulburarea schizotipală și diferite tulburări de personalitate și, în primul rând, *tulburarea schizoidă a* personalității, cu care diferențierea se face în funcție de gradul manifestărilor. Desigur, tulburările de personalitate borderline, paranoidă și evitantă pot fi asociate cu tulburarea schizotipală.

Complicații

Spre deosebire de celelalte tulburări de personalitate, tulburarea schizotipală ocazionează cele mai numeroase și redutabile complicații.

Suicidul, complicația cu cel mai înalt dramatism este întâlnit cu o prevalențe surprinzător de mare, estimată la 10% din cazuri.

Episoadele psihotice scurte a căror evoluție efemeră, de minute sau de câteva ore, trece uneori neobservată. Se consideră că acestea apar cu precădere în urma unor situații psihostresante sau frustrante.

Tulburarea delirantă, tulburarea schizofreniformă și, conform unor opinii, chiar *schizofrenia* se pot înscrie printre complicațiile

tulburării schizotipale.

Depresia cu alură *distimică,* ca și *episoadele depresive majore* pot complica tulburarea schizotipală, prevalența lor înaltă (de aproximativ 50% din cazuri) constituind explicația ratei înalte a suicidului acestor pacienți.

Invalidarea funcțională

Tulburarea ***per se*** nu determină o invalidare funcțională semnificativă, pacienții respectivi fiind capabili de activități profesionale satisfăcătoare. Pe de altă parte, situațiile de comorbiditate, ca și complicațiile (severe și, totodată numeroase) sunt de natură să inducă o serioasă invalidare profesională și, uneori, sociofamilială.

Diagnostic diferențial

Existența cazurilor de comorbiditate nu trebuie să inducă impresia minimalizării și cu atât mai puțin a eludării diagnosticului diferențial.

Aceasta are în vedere:

- entități clinice din aria schizofreniei;
- tulburări depresive;
- tulburări de personalitate.

Abordare psihoterapeutică. Fără a fi specifică terapia psihologică a tulburărilor schizotipale este în mare măsură asemănătoare cu aceea din cadrul altor tulburări de personalitate și, în primul rând, cu psihoterapia tulburărilor schizoide. Totuși, unele recomandări psihoterapeutice relativ specifice acestei condiții clinice se referă la :

- ideile și credințele pacientului care, fără a fi delirante sunt pregnant încrustate, practic structurate în tulburarea schizotipală;
- nerealiste, surprinzătoare sau bizare, aceste convingeri, idei și credințe puternic statuate, nu pot fi ușor schimbate, ceea ce impune :
- grija și discreția psihoterapeutului ca acestea să nu fie negate sau ridiculizate, nici judecate sau condamnate ca și
- răbdarea, abilitatea și oportunitatea încercărilor psihoterapeutului ca ele să fie estompate, slăbite, destructurate.

Tulburarea dissocială a personalității

Această entitate depășește ariile psihiatriei clinice și conferă conținut psihologiei juridice.

Definiție

Tulburarea dissocială se caracterizează printr-un pattern pervaziv de sfidare și violare a normelor, regulilor și obligațiilor sociale și, implicit a drepturilor celorlalte persoane. Sub alt unghi se consideră că „tulburarea de personalitate antisocială este caracterizată prin acte antisociale continue, fără a fi sinonimă cu criminalitatea... ci, mai degrabă cu incapacitatea de a se conforma normelor sociale" (H.I. Kaplan, B. J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 737).

Mai succint, dar mai elocvent, tulburarea de tip dissocial este definită „printr-un pattern pervaziv de indiferență, desconsiderare sau (chiar) de violare a drepturilor celorlalți" (J.G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1441).

Sinonimii, includere

Tulburarea de tip dissocial a personalității cuprinde numeroase alte denumiri din istoria recentă a acestui spectru nosografic printre care menționăm : personalitate amorală, personalitate sociopată, sociopatie, personalitate antisocială.

Debut

Tulburarea apare înaintea vârstei de 15 ani, iar la fete primele trăsături sunt schițate înaintea pubertății. Totuși datorită caracterului procesual al formării personalității, diagnosticul poate avea certitudine numai după cristalizarea acestui proces, adică la vârsta adultă tânără.

Probabil de aceea se precizează că diagnosticul de tulburare dissocială „nu poate fi pus înaintea vârstei de 18 ani" (DSM – IV, 1994, p. 647).

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Sfidarea și violarea normelor, regulilor și obligațiilor sociale.* Acest tip de personalitate prezintă practic o incapacitate de a se conforma normelor social – admise ale grupului, individualității și drepturilor celorlalți. În general, se poate considera că ei au o agenezie a spiritului justițiar și moral. Numai prin această agenezie

etică poate fi exprimat disprețul cinic și constant al normelor de conviețuire socială.

2. *Conduita insensibilă, arogantă și disprețuitoare* la drepturile, sentimentele și suferințele celorlalți.
3. *Lipsa de regret, de remușcare sau a sentimentelor de culpabilizare* referitoare la actele sale reprobabile sau condamnabile.
4. *Disponibilitatea de continuă reiterare a actelor* sale indezirabile.
5. *Iritabilitate, impulsivitate, manifestări clastice și agresivitate,* la contrariere, opoziție sau incitare. Persoana dissocială prezintă o slabă toleranță la frustrație și un prag scăzut la descărcare prin violență și agresivitate.
6. *Ignorarea espectațiilor negative și a consecințelor* uneori catastrofale, generate de conduita lor impulsivă, ceea ce îi conduce la ruină economică și privare de libertate.
7. *Incapacitatea de a învăța din experiențele negative* și din sancțiunile primite, ceea ce determină continua reiterare a actelor reprobabile.
8. *Tendința de a blama și injuria* pe alții cu disponibilitatea unor *raționalizări* „plauzibile" ale comportamentului lor conflictual.
9. *Incapacitatea de a menține relații autentice și durabile,* deși le poate iniția cu ușurință.

Trăsături facultative sau asociate

1. *Instabilitate psihică* ce poate constatată în plan relațional, profesional și sentimental. Astfel, la incapacitatea lor de a menține relații interpersonale autentice și trainice, se adaugă imposibilitatea de a menține mai multă vreme o activitate profesională sau lucrativă. Totodată ei sunt incapabili de a menține o relație sentimentală sau sexuală, existența mai multor parteneri sexuali fiind comună.
2. *Ignorarea problemelor personale curente sau de perspectivă,* ceea ce conduce la eșec material și în autosusținere, ei fiind candidații categoriei celor „fără de acoperiș".
3. *Siguranța de sine, aroganța, supraestimare și dispreț pentru muncă,* pe care o consideră înjositoare.
4. *Aspect și ținută corectă, agreabilă,* volubilitate în comunicare,

disponibilități formale, uneori seducătoare.

5. *Antecedentele personale relevă zone cenușii, neclare ale existenței*, în care o „autopsie psihologică" distinge minciuna, fățărnicia, înșelăciunea, evaziunea și numeroase alte acte ilegale sau, în orice caz, imorale.

Trăsături diferențiale

Acestea se pot stabili în funcție de vârstă, sex, și apartenență etno-culturală.

Evoluție

Se consideră că evoluția tulburărilor dissociale este continuă, urmând o linie ascendentă, care atinge un maximum în adolescența târzie. Ulterior, se înregistrează o reducere a manifestărilor, pe măsura avansării în vârstă. Conform altor observații, avansarea în vârstă poate aduce remisiunea, deși este posibil ca reducerea elanului vital prin îmbătrânire să pună în surdină manifestările dissociale.

Complicații

Dintre toate tulburările personalității, tulburarea dissocială este susceptibilă să înregistreze cele mai numeroase și neașteptate complicații. Nu este mai puțin adevărat, că manifestările pe care le înscriem aici, în paragraful complicații, pot fi considerate ca posibile evoluții.

1. *Alcoolomania și toxicomania* sunt cele mai redutabile complicații ale tulburării dissociale; aceste complicații apar, cu precădere, la bărbați, dar nu trebuie omis faptul că femeile au o mai mare disponibilitate de a disimula aceste condiții.

Totodată, menționăm faptul că tulburarea dissocială și alcoolomania sau toxicomania se condiționează reciproc. Tocmai de aceea, în secțiile de alcoolomanie (narcologie), o treime din pacienți prezintă tulburare dissocială a personalității.

2. *Tulburarea de somatizare* constituie o complicație care apare cu precădere la femeile cu tulburare dissocială.

3. *Tulburarea ciclotimică* nediagnosticată ilustrată în prima parte a existenței prin faze expansive (care îi condiționau volubilitatea, sociofilia, judecata socială și conflictualitatea), iar în senescență prin faze depresive de amplitudine clinică.

4. *Suicidul* poate constitui o complicație fatală, el nefiind o consecință a depresiei, cât mai ales a tentativelor demonstrative și veleitare. În condițiile unor astfel de tentative dissocialul poate, prin eroare sau din întâmplare, să treacă în „lumea umbrelor" fără să fi avut o puternică pulsiune suicidară.

Diagnostic diferențial

Printr-o anamneză atentă, urmărind complicata traiectorie a existenței persoanei în cauză, diagnosticul pozitiv și, implicit, diferențial nu constituie o problemă . Totuși, în cadrul diagnosticului pozitiv pentru a evita orice posibilitate de disimulare, unii clinicieni recomandă, „interviul sub stress" prin care pacientul este confruntat, fără menajamente, cu inconsecvențele din antecedentele sale .

Sub aspectul diagnosticului diferențial, se poate avea în vedere:

- schizofrenia dispozițional-expansivă cu manifestări dissociale;
- tulburarea dispozițional-expansivă cu manifestări dissociale;
- alte tulburări de personalitate, în special histrionică sau narcisică.

Abordarea psihoterapeutică

Tratamentul de elecție în tulburarea dissocială este psihoterapia care, aici, va trebui să țină seama de anumite reguli și anume:

- desfășurarea curei în condiții de spitalizare, pentru a reduce la maximum influențele exterioare perturbatoare;
- instituționalizarea psihoterapiei, situație care îi sporește în mod semnificativ atât reliabilitatea cât și eficiența;
- stabilirea unei alianțe terapeutice se impune aici în mai mare măsură decât în cazul altor condiții;
- un obiectiv inițial și primordial al psihoterapeutului este acela al conștientizării refuzului pacientului de a stabili relații umane oneste.

Tulburarea borderline a personalității

Accepții semantice

Din perspectiva euristică, termenul însuși, borderline, prezintă o conotație polisemică, ceea ce impune o succintă analiză a semni-

ficațiilor sale. Astfel, în scurta sa istorie, acest termen exprimat

- *granița dintre psihoză și normalitatea psihică ;*
- *o formă ușoară de schizofrenie,* o schizofrenie de graniță, care la rândul ei, a primit de-a lungul timpului și alte denumiri: *schizofrenie latentă, schizofrenie ambulatorie, schizofrenie moale, schizofrenie ștearsă, schizofrenie psihonevrotică, schizofrenie de spectru etc.;*
- *un subtip de tulburare a personalității,* pe care experții OMS l-au prezentat atât alături de personalitatea emoțional instabilă, cât și superpozabil ;
- *o tulburare propriu-zisă de personalitate,* cu statut legitim în aria acestui grup nosografic ;
- *o entitate nosografică independentă,* situată la granița dintre nevroză și psihoză și ilustrată prin accese coleroase, clastice și prin dificultăți de relaționare.

Sinonimii, includere

Tulburarea borderline a personalității, cunoaște și alte noțiuni sinonime printre care se menționează : Stare de graniță, Sindrom de graniță, Caracter psihotic, Psihoză de graniță, Schizofrenie pseudonevrotică.

Definiție

Tulburarea borderline este ilustrată în plan clinic printr-un „pattern pervaziv" de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine, a afectelor și o impulsivitate accentuată" (*DSM – IV,* 1994, p.654). Aceași definiție poate fi regăsită în „Borderline Personality Disorder" (J.G. Gunderson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1438).

Debut

Asemenea celor mai multe tulburări de personalitate, tulburarea ***borderline***, debutează la vârsta adultă tânără.

Se apreciază ca diagnosticul se pune relativ târziu, față de debutul propriu-zis al tulburării, respectiv aproape de 40 de ani, când această condiție devine evidentă în urma eșecurilor repetate ale pacientului de a se integra în realitate.

Trăsături caracteristice sau esențiale

Intensitatea și versatilitatea relațiilor interpersonale. Relațiile interpersonale sunt intense, dar foarte schimbătoare sub aspectul

conținutului afectiv, care poate trece de la o extremă la alta fără motive reale și în mod rapid.

2. *Binomul dispozițional în raportul interpersonal.* Față de aceeași persoană, pacientul poate dezvolta o stare afectivă intens pozitivă, exprimată prin dependență și admirație nelimitată, pentru că, în urma unei insatisfacții sau frustrații, să exprime furie și rejecție.
3. *Reacții impulsiv – agresive la incitații minime.* Eșecuri, pierderi, frustrații, dar mai ales contrarieri, determină reacții ample, hipermetrope, cu dezlănțuiri clastice și agresive, incontrolabile.
4. *Intoleranța solitudinii.* Persoanele cu tulburare borderline prezintă o marcantă indisponibilitate pentru starea de singurătate; solitudinea le creează disconfort și anxietate, care îi determină la o căutare frenetică a companiei, în pofida faptului că aceasta poate fi sub expectațiile sale.
5. *Sentimentul de vid interior.* Este o stare elocvent trăită dar greu definită de cei în cauză, care vorbesc de un „gol interior", „sentimente de imensă plictiseală" sau „de zădărnicie".
6. *Sentimentul dispersiei identității,* descris ca „neregăsirea de sine", ca „dificultatea sau inautenticitatea trăirii" proprii existențe.

Trăsături facultative sau asociate

1. *Reactivitatea și instabilitatea dispoziției,* care, în mod spontan sau reactiv dezvoltă stări de disforie episodică, ilustrate prin iritabilitate, depresie sau anxietate ; durata lor este variabilă, fiind cuprinsă între câteva ore și câteva zile.
2. *Comportamentul imprevizibil,* constituie o consecință inteligibilă a trăsăturilor mai sus menționate.
3. *Acreditarea afectivă exclusivă* (univoc pozitivă sau negativă). Sub raportul investiției și atitudinii afective, pacienții dezvoltă polarizări exclusive :pozitive sau negative. Sub acest raport, ei sunt oamenii clarelor delimitări, astfel încât cei din jur sunt ori tandri și protectivi, ori ostili și rejectivi.
4. *Acte autodistructive repetitive.* În stări de tensiune afectivă negativă, pacienții recurg la acte autolezionale, automutilante sau autodistructive: incizii tegumentare, abdominale sau toracale, secționarea venelor sau tentative suicidare demonstrative,

veleitare.

Diagnostic diferențial

Dat fiind polimorfismul trăsăturilor și manifestărilor clinice ale tulburării bordeline, diagnosticul diferențial are în vedere alte entități nosografice, în prim planul atenției situându-se pe de o parte schizofrenia, pe de altă parte unele tulburări de personalitate.

Evoluție

Tulburarea borderline are evoluție relativ constantă și continuă, având cele mai înalte cote de manifestare în decada a treia și a patra, urmate de o ușoară estompare a manifestărilor în a doua parte a existenței, mai concret, după vârsta de 40 de ani.

Desigur evoluția unei condiții poate fi mai precis evaluată prin așa numitele studii de urmărire. Prin astfel de cercetări s-a constata că :

- după trei ani de la diagnosticarea tulburării *borderline* s-a observat o relativă stabilitate a manifestărilor clinice și puține schimbări în funcționarea socială și globală ;
- după cinci ani, principalii parametrii clinici ai tulburării nu erau modificați, în sensul că pacienții *borderline* erau angajați în servicii de nivel scăzut, nu-și foloseau în mod eficient timpul liber, erau încă celibatari, aspecte care ilustrează o slabă adaptare socială; se menționează și in acest context faptul ca nici un pacient al grupului nu a evoluat spre schizofrenie;
- după cincisprezece ani, pacienții borderline prezentau încă o funcționare socială și globală satisfăcătoare, în mod cert superioară celor cu tulburare schizotipală.

Patomorfoza intrasindromală a manifestărilor clinice în tulburarea borderline

Cu mai bine de un deceniu în urmă, s-a constatat că în tulburarea borderline „diagnosticul se pune rareori la pacienții peste 40 de ani" (G.E.Vaillant, J. C. Perry, 1985, p. 980, precum și J. C. Perry, G.E. Vaillant, 1989, p. 1379).

Întrucât această observație a fost reluată relativ frecvent, se ridica problema modificării fenomenologiei clinice a pacienților cu tulburare borderline. Din această perspectivă, pot fi emise anumite supoziții:

- prin amploarea, labilitatea și nespecificitatea manifestărilor clinice, tulburarea borderline prezintă în planul psihopatologiei ceea ce adolescența ilustrează în planul psihologiei;

1 după cum criza adolescenței se reduce, se stinge, se estompează treptat, tot astfel manifestările borderline își pierd culoarea și efervescența psihopatologică, iar pacientul se aplatizează, se reașează, iar în termeni specifici se resocializează, se reintegrează;

- după cum adolescentul depășind criza se maturizează, tot astfel, pacientul borderline, cu vârsta, în mod treptat se „normalizează"; așa cum am menționat în alt context, simptomele și trăsăturile acestei condiții clinice sunt supuse influenței patoplastice a vârstei; în același sens,
- pattern - urile de personalitate ale pacientul borderline, care la adultul tânăr erau ilustrate prin instabilitate, odată cu maturizarea își reduc amploarea și cunosc stabilizarea.

Invalidare funcțională

În această privință, clinicienii fac o distincție netă între invalidarea funcțională redusă a pacienților care au beneficiat de o „terapie extensivă" și aceia care au avut o evoluție „naturală", situație în care se constată o „disfuncție interpersonală și vocațională".

Considerăm că un indice relativ obiectiv al invalidării funcționale a pacienților cu tulburare borderline îl constituie *statutul marital* deoarece peste o jumătate din numărul lor trăiesc singuri.

Evoluția statutului marital în ansamblu constituie, în opinia noastră, un indiciu al evoluției acestei condiții, în care se constată o anumită suită cronologică:

- o dezordine și chiar o promiscuitate sexuală inițială (aproximativ în primul deceniu de la începutul tulburării),
- o deplasare spre o relație sexuală stabilă, în afara căsătoriei;
- o relație maritală relativ stabilă, de cele mai multe ori asociată cu o funcționare profesională nesatisfăcătoare.

Abordare terapeutică

Cu toate că în ultimii ani au fost aduse, tot mai numeroase argumente pentru tratamentul psihofarmacologic, abordarea psiho-

terapeutică rămâne esențială în tulburarea borderline.

Psihoterapia individuală

Pentru o abordare psihoterapeutică de succes, este necesară o bună cunoaștere a fenomenologiei clinice a acestei condiții și, în egală măsură, a psihologiei pacientului cu tulburare borederline. În plus, pentru psihoterapeutul începător sunt utile câteva recomandări specifice pentru acești pacienți:

- datorită trebuinței pacienților borderline de a realiza o relație exclusivă cu o anumită persoană puternică și suportivă, psihoterapia *individuală* constituie, în astfel de cazuri „piatra unghiulară" a abordării terapeutice;
- dată fiind instabilitatea pacienților „de graniță", este necesară o abordare psihoterapeutică „intensivă" în locul celor două - trei ședințe săptămânale;
- o dificultate care nu trebuie ignorată, constă în ușurința și rapida instalare a regresiei la acești pacienți ;
- facilitarea elaborării transferului pozitiv (care în aceste cazuri este puternic și stabil); în același timp
- există un risc remarcabil pentru transferul negativ, care este însă ușor de depășit;
- psihoterapeutul nu trebuie surprins și mai ales derutat, de apariția „splitting" – ului, mecanism defensiv al pacientului ilustrat prin dragoste și ură, care se dezvoltă în mod alternativ;
- când nu are suficientă experiență, psihoterapeutul trebuie să evite abordarea psihanalitică a acestor pacienți sau, în orice caz, să manifeste atenție și prudență în interpretări;
- este recomandabilă *psihoterapia exploratorie* orientată spre „insight", care ajută la căutarea și controlul motivelor ostilității pacientului pentru ca acestea să fie supuse confruntării și interpretării încă de la începutul tratamentului;
- de asemenea, poate fi preferată *o abordare suportivă,* pentru a putea sesiza astfel tipul de relație necesar dezvoltării unei „alianțe terapeutice".

Terapia comportamentală constituie o alternativă utilă și va fi fixată pe :

- hipersensibilitatea pacientului la frustrație sau rejecție;

- antrenamentul abilităților sociale.

Terapia de familie

Majoritatea pacienților cu tulburare borderline, provin din familii instabile, tensionate, abuzive sau destrămate. Toate aceste situații pun problema terapiei de familie care, în această condiție clinică, comportă anumite recomandări:

- evitarea întâlnirilor de familie care, de cele mai multe ori, agravează problemele existente și subminează capacitatea familiei de a susține tratamentul;
- este recomandabilă întâlnirea separată și periodică cu părinții pacientului, în vederea unei *psihagogii* referitoare la conținutul tulburării și atitudinii lor față de pacient;
- sunt recomandabile contactele intermitente cu membrii importanți ai sistemului de sprijin al pacientului pentru a le furniza informații referitoare la situația acestuia sau pentru a le obține colaborarea în efortul terapeutic.

Terapia de grup

Este recomandată de rutină și considerată ca utilă de către psihoterapeuții lipsiți de cunoștințe în domeniul personologiei și al tulburărilor de personalitate. Tocmai de aceea menționăm că:

- pacienții cu tulburare borderline sunt rezistenți *ab-initio* la terapia de grup.
- ei nu pot tolera confruntările sau interpretările pe care le implică această abordare terapeutică;
- terapia de grup ar putea fi recomandată numai în asociere cu terapia individuală, care îl asigură pe pacient de alianța cu terapeutul și suportul (considerat personal) al acestuia
- în situațiile în care terapia de grup este recomandată, grupul terapeutic dezirabil va fi heterogen și „lent deschis";
- terapia de grup este de asemenea recomandabilă pacienților borderline care prezintă în plus o condiție adițională ca alcoolomania sau toxicomania.

Tulburarea histrionică a personalității

Definiție

Este o tulburare ilustrată prin extraversie, sociofilie, comuni-

cabilitate, impresionabilitate, labilitate dispoziţională şi conduită demonstrativă de rol. Într-o definiţie sintetică , tulburarea histrionică este caracterizată „printr-un pattern pervaziv de emoţionabilitate excesivă şi căutarea atenţiei" (G.J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1448).

Sinonimii, includere

Personalitate isterică, personalitate psiho – infantilă

Trăsături caracteristice sau esenţiale

1. *Polarizarea atenţiei celorlalţi* este o trăsătură specifică, expresie a unei pulsiuni irezistibile de a se plasa în centrul atenţiei grupului.
2. *Labilitate şi versatilitate dispoziţională*, în concordanţă cu dispoziţia celor din jurul său ; persoana în cauză prezintă o mare disponibilitate de a trece de la o stare afectivă negativă la alta, polar opusă, pozitivă. Asemenea unui copil, histrionicul râde „cu lacrimile pe obraz".
3. *Comportament seducător şi provocator*, întâlnit nu numai la femei, cât şi la bărbaţi, cu marcată tendinţă de a-l scoate pe cel vizat din rutină şi indiferenţă.
4. *Conduită erotizată şi realitate sexuală.* Histrionicul elaborează fantezii sexuale independent de sentimentele de dragoste investite, fără a recurge însă la agresiuni sexuale, verbale sau reale.

   În contrast cu această conduită erotizată, se subliniază că un mare procent dintre histrionici au probleme (disfuncţionale) sexuale. Astfel, femeile prezintă frigiditate sau anorgasmie, iar bărbaţii au tulburări de dinamică (insuficienţă) sexuală.
5. *Impresionabilitate, sugestibilitate, permeabilitate dispoziţională.* Ca o consecinţă a acestor trăsături, persoanele cu tulburări histrionice adoptă cu mare rapiditate tonalitatea afectivă a celor din jur, deşi nu sunt implicate în mod direct în problematica acestora. De asemenea, aceste trăsături i-au determinat pe vechii clinicieni să considere că histrionicii sunt poikilotimici, întrucât adoptă fără rezervă „temperatura" afectivă a interlocutorului său, sau a grupului în care se află ; nu numai că adoptă, dar şi intensifică stările emoţionale ale celor din jur. Astfel, într-un moment de veselie, el este cel mai expresiv după cum, la o înmormântare,

el este cel care plânge cel mai tare.

6. *Catarsis afectiv facil.* Ca o consecinţă a trăsăturilor mai sus menţionate, dar mai ales a permeabilităţii dispoziţionale, în situaţii afectogene comune, persoana histrionică nu-şi poate stăpâni tensiunea dispoziţională, izbucnind într-o descărcare dezordonată şi demonstrativă a afectelor, „expresia tendinţei de exhibare a emoţiilor" (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou, 1989, p.132).
7. *Comunicare colorată, metaforică, impresionabilă.* Comportamentul teatral al histrionicului este ilustrat prin toate mijloacele de comunicare de care dispune : nonverbale (vestimentare, mimico – pantomimice) şi verbale (timbrul, intensitatea, înălţimea şi modulaţia vocii), ca şi prin sistemul lexical care abundă în adjective, superlative, grade şi repere comparative.
8. *Dramatizarea conţinutului comunicării*, care ilustrează o mixtură de date, situaţii şi fapte reale ori plauzibile, dar neverosimile, elementul fabulator fiind cel care oferă culoare pentru orice relatare. Uneori, mai ales în faţa unor persoane mai puţin cunoscute, discursul histrionicului nu este opus realului, ci o paralelă romanţată a verdictului. Sub alt unghi, relatarea histrionicului este *sora inconştientă a minciunii.*

Trăsături facultative sau asociate

1. *Personalizarea relaţiilor.* Expresia sugestivităţii şi a permeabilităţii efective, histrionicul consideră şi trăieşte relaţiile mai apropiate, mai intense şi mai intime decât sunt în realitate.
2. *Redusă disponibilitate sau incapacitate de menţinere a relaţiilor.* Persoana histrionică nu are relaţii durabile, stabile, întrucât este în căutare de nou în domeniul oamenilor, relaţiilor, preocupărilor şi activităţilor.
3. *Aviditate pentru noutate, stimulare sau schimbare*, întrucât el suportă greu obişnuinţa, rutina şi stereotipia existenţei.
4. *Autoipostaziere în roluri extreme sau insolite* În mod insuficint conştientizat, histrionicul adoptă roluri extreme, de victimă sau lider.
5. *Intoleranţă la ignorare sau periferizare.* Când in pofida eforturilor, histrionicul nu se poate plasa în centrul atenţiei celor din jur, nu se poate bucura de admiraţie sau laudă, izbucneşte în

accese coleroase, cu acuzații sau injurii la adresa celorlalți.

6. *Incapacitate de amânare* mai ales când este vorba de o expectație sau gratificație. Ca și cum acțiunile lor ar fi direcționate spre gratificații imediate, histrionicii nu beneficiază de disponibilitatea amânării, fiind victime perene ale frustrării.

7. *Entuziasmare facilă și efemeră*. Încântați de planuri (acreditate cu succes incontestabil), entuziasmați de reușita acestor planuri, ei își pierd repede interesul pentru ele, ignorându-le cu seninătate.

8. *Comportament manipulativ*, orientat spre satisfacerea propriilor interese, dar mai ales dominarea emoțională a partenerului.

9. *Dependență de cel investit afectiv.* Deseori, împotriva afectelor superficiale și labile, pot fi dependenți afectiv, devenind astfel veritabile victime ale persoanelor suprainvestite.

10. *Amenințări cu suicidul sau tentative suicidare demonstrative*, veleitare, prin care ei vor să ateste starea de disperare în fața lipsei de sentimente, de atenție și considerație din partea celorlalți.

11. *Amnezia traumelor, frustrărilor, afectelor* (trăite cu dramatism sau disperare) este totală, senină și surprinzătoare, fără o umbră de regret sau resemnare. Fără îndoială că această unitare a trăirii penibile și dramatice recent consumate, ca și ignorarea sau minimalizarea manifestărilor conversive, a condus la metafora emblematică (veritabilă floare pe terenul insolit al isteriei): la *belle indifference*.

Evoluție

Asemenea altor tulburări de personalitate, tulburarea histrionică se estompează cu vârsta; totodată, manifestările histrionice se reduc numeric, evantaiul lor, amplu odinioară, îngustându-se treptat, reducându-se la căutarea de senzații și conduite insolite. Deseori histrionicii vârstnici comit acte cu implicații medico judiciare sau decad într-o existență încărcată de promiscuitate.

Complicații

Persoanele cu tulburări histrionice pot manifesta episoade cu manifestări conversive sau pot dezvolta tulburări de somatizare. Există un risc semnificativ pentru tulburarea depresivă majoră,

dar mai ales pentru alcoolomanie sau toxicomanie. Suicidul poate constitui o complicație fatală, de cele mai multe ori însă producându-se fără o pulsiune autentică, ci printr-o greșeală, în condițiile unei tentative veleitare.

Diagnostic diferențial

Prin polimorfismul trăsăturilor sale, tulburarea histrionică supune analizei diferențiale principalele tulburări de personalitate, printre care menționăm:

l tulburarea de personalitate borderline, care se aseamănă cu tulburarea histrionică prin labilitatea dispoziției și comportamentului manipulativ; se deosebește însă de aceasta, prin manifestările coleroase, conduita autodistructivă și sentimentul inautenticității identității;

- tulburarea de personalitate dissocială, cu care se aseamănă prin comportamentul impulsiv, seductiv și manipulativ; spre deosebire de acesta, însă, tulburarea histrionică este o exprimare emoțională mai intensă, fără a implica însă în acte sau manifestări antisociale;
- tulburarea de personalitate narcisică se deosebește de tulburarea histrionică, prin dorința de a fi gratificat pentru calitățile sale și patternul de grandilocvență;
- tulburarea de personalitate dependentă se caracterizează prin dorința intensă de a fi ocrotit, îngrijit, ca și teama de a nu fi rejectat sau părăsit.

Abordare terapeutică

În tulburarea histrionică, psihoterapia constituie tratamentul de elecție, iar metoda psihanalitică este indicată cu prioritate.

Abordarea psihoterapeutică. Din această perspectivă, psihoterapeutul nu va omite următoarele:

- pacientul histrionic nu are conștiința clară a propriilor sale sentimente;
- clasificarea sentimentelor pacientului constituie primul deziderat al procesului terapeutic.

Cum să ne comportăm cu personalitățile histrionice:

Recomandabil

- să vă așteptați la tot felul de exagerări și dramatizări

• să-i lăsați din când în când spațiu de acțiune, stabilind totuși unele limite

• arătați-i interes ori de câte ori are un comportament „normal"

• așteptați-vă să treceți de la statutul de erou la cel al unui infam, și invers.

Nerecomandabil

• să vă amuzați pe seama ei

• să vă lăsați impresionați de tentativele de seducție care sunt adesea factice

• să vă lăsați prea tare înduioșați

Tulburarea narcisică a personalității

Istoric

Venind din mitologie, ***narcisismul,*** ca „dragoste de sine" a intrat in psihopatologie la sfârșitul secolului trecut când S. Freud (1895) i-a atribuit semnificație clinică..

Din perspectiva analitică, părinții narcisismului sunt autostima și Ego-ul ideal. Acest Ego ideal ar fi exprimat printr-o „imagine de sine" care întruchipează cele mai înalte aspirații ale persoanei. La rândul lor, aceste înalte aspirații, condiționează autostima.

În condițiile actuale, narcisismul trebuie considerat și, respectiv, analizat într-o dublă ipostaziere:

- a *doctrinei* psihanalitice prin care narcisismul ar trebui văzut ca eflorescența autostimei și a Ego-ului ideal ;

- a *psihoterapiei* psihanalitice, prin care narcisismul ar fi o elaborare defensivă, o stare de grandoare, ca expresie, a unui mecanism de autoapărare, ca expresie transfigurată față de autostima scăzută.

Definiție

Tulburarea constă într-un sentiment exagerat al importanței propriei persoane și în convingerea fantezistă, nerealistă asupra calităților sale, pe care le percepe ca unice sau excepționale.

Într-o definiție mai sintetică, tulburarea narcisică se caracterizează „printr-un pattern pervaziv de grandoare în comportament și imaginație, nevoia de admirație și lipsă de empatie" (G.J. Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1452).

Unii clinicieni consideră că pacienții care sunt incluși în această

tulburare aparțin, prin conținutul tabloului lor clinic, fie tulburării antisociale de personalitate, fie tulburării histrionice de personalitate, ceea ce anulează motivele ce ar justifica menținerea statutului nosografic al acestei entități clinice.

Trăsături caracteristice sau esențiale

TRĂSĂTURI CARACTERISTICE

1. *Autoevaluarea exagerată, nerealistă, fantezistă*. Pacientul cu tulburare narcisică are sentimentul importanței particulare, chiar excepționale a propriei persoane. Cel în cauză își supraapreciază calitățile, disponibilitățile și rezultatele acțiunilor sale.

2. *Idealizarea propriei persoane*. Cel cu tulburare narcisică are convingerea că este o persoană excepțională, chiar unică prin valoarea și strălucirea sa. El crede că face o continuă concesie comunicând sau colaborând cu ceilalți, deși are grijă să selecteze dintre aceștia pe aceia care au un statut socio – profesional superior.

3. *Invocarea explicită și implicită prin conduită* a calităților sale excepționale și a importanței sale. Cu agenezie pentru decență și modestie, persoana cu tulburarea narcisică nu ezită în sublinierea repetată și exagerată a calităților sale.

4. *Expectații disproporționate ca aceste însușiri exagerate să fie acceptate, recunoscute* și apreciate ca atare de către ceilalți. El cere să fie considerat ca superior, capabil, înzestrat și are convingerea că aceste calități îi sunt inerente și evidente.

5. *Conduita distantă, arogantă, emfatică*. Având convingerea calităților sale particulare, chiar excepționale, ca și a importanței persoanei sale, narcisicul se comportă distant și arogant. Menționăm că atitudinea și conduita sa sfidătoare nu constituie consecința comprehensivă asupra calităților sale, ci o trăsătură patologică *per se* întrucât în mod normal, oamenii autentic înzestrați și valoroși nu sunt neapărat infatuoși, emfatici și orgolioși.

6. *Nonreceptivitate și insensibilitate la opinii diferite, sfaturi sau îndemnuri*. Narcisicii își supraestimează nu numai propria persoană, ci și propriile opinii, puncte de vedere, atitudini și acțiuni. În această situației ei minimalizează, resping sau, în cel mai bun caz, ignoră opiniile celorlalți.

7. *Disponibilități empatice reduse*, superficiale și inautentice,

fapt care îi face insensibili la problemele altora, la suferințele, doleanțele și aspirațiile lor.

8. *Aviditate pentru titluri, demnități, situații, onoruri, ranguri.* Persoana cu tulburare narcisică prezintă nu numai o tendință, ci și un simț deosebit pentru a obține gratificații și poziții cât mai înalte în plan social și material.

TRĂSĂTURI FACULTATIVE

Trăsături facultative sau asociate.

1. *Fantasme de succes nelimitat, mărire, putere, bogăție, strălucire.* Într-adevăr, în unele momente, mai ales în urma unor succese reale, când este încurajat sau lăudat, narcisicul dezvoltă reverii asupra unor realizări sigure, facile, fascinante.

2. *Manipulator al relațiilor interpersonale*, pe care le orientează și le dirijează în favoarea sa, în vederea atingerii scopurilor sale.

3. *Sensibilitate la critică, insucces, frustrație sau pierdere*, față de care reacționează disproporționat, trăindu-le ca o puternică ofensă și lezare a demnității, ca o umilire sau degradare.

4. *Sentimente ostile sau malefice*, pe care le proiectează asupra interlocutorilor care nu-și exprimă suficient, sau în mod evident, admirația față de el.

Evoluție

Tulburarea narcisică a personalității are o evoluție cronică susceptibilă de agravări prin insuccese, pierderi și frustrări aduse inerent de viață și desigur, de vârstă, care îi siderează atributele ce îi susțineau orgoliul și autostima.

Complicații

Survin mai ales în urma situațiilor psihostresante și frustrante și a constatării și neacreditării.Riscul cel mai înalt îl reprezintă complicațiile depresive (de la tulburea distimică până la tulburarea depresivă majoră), ca și toxicomania sau alcoolomania.

Diagnostic diferențial

Polimorfismul tabloului clinic al tulburării narcisice aduce în discuție numeroase alte tulburări de personalitate și, în primul rând, dissocială, histrionică și borderline.

Abordare terapeutică

Psihoterapia întâmpină cele mai mari și neașteptate dificultăți in tulburarea narcisică de personalitate, datorită caracterului

inflexibil și redutabil al trăsăturilor acestei forme. Totuși câteva recomandări ar putea fi utile:

- înainte de abordarea terapeutică se impune elucidarea diagnostică;

I odată diagnosticul elucidat și validat, psihoterapeutul trebuie să știe că pattern – ul trăsăturilor este ferm structurat și extrem de greu poate fi modificat ; în astfel de condiții este recomandabil:

- să se recurgă la o psihoterapie profundă, bine elaborată, restructurantă, cum este psihanaliza.

Cum trebuie să ne comportăm cu o personalitate narciscă

Recomandabil

- de câte ori este sinceră, arătați-vă acordul
- să-i explicați reacțiile celorlalți
- să respectați cu scrupulozitate convenințele
- nu-i aduceți critici decât când este absolut necesar și atunci fiți extrem de precisi
- să păstrați discreția asupra propriilor voastre reușite și privilegii

Nerecomandabil

- să vă opuneți sistematic
- fiți atenți la tentativele de manipulare
- să-i faceți vreodată o favoare pe care nu doriți s-o reiterați
- să va așteptați la recunoștință din partea personalităților narcisice.

Tulburarea anxioasă (evitantă) a personalității

Definiție

Cea mai elocventă definiție asupra acestei condiții clinice poate fi întâlnită în ultirna ediție a Manualului Diagnostic și Statistic unde este redată ca "un pattern pervaziv de inhibiție socială, cu sentimente de inadecvare și hipersensibilitate la evaluarea negativă, care se instituie la începutul vieții adulte" (DSM-IV' 1994, p. 664).

Sinonimii - includere

În denumirea acestei tulburări de personalitate există o disjuncție între cele două mari sisteme nosografice. Astfel, pentru

desemnarea ei, experții OMS de la Geneva folosesc termenul de "anxioasă", în timp ce experții nord-americani o denumesc "evitantă". În tulburarea anxioasă a personalității se include:

- *"tipul detașat"* de personalitate descris de Karen Horney,
- *"tipul senzitiv"* de personalitate (K. Schneider),
- *"caracterul fobic"* (O. Fenichel).

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Sociofobie cu evitarea activității ocupaționale care implică relații interpersonale.* De fapt, astfel de relații sunt perturbatoare pentru cel cu tulburare evitantă, ele reducându-i semnificativ eficiența profesională; dimpotrivă, activitățile solitare sau desfășurate în condiții de oarecare izolare permit o bună valorificare a capacităților sale.
2. *Prudență excesivă și rigoare în orice relaționare.* Persoana cu tulburare evitantă prezintă o minuțioasă analiză și o înaltă exigență asupra comportamentului persoanelor cu care trebuie să colaboreze.
3. *Teama de a fi ridiculizat sau rejectat.* Această trăsătură pare a fi o consecință a celei precedente, dar este și expresia autoexigenței și superegoului său riguros.
4. *Teama de a nu fi criticat sau umilit în public.* Cu toate că cel cu tulburare de personalitate anxioasă are o slabă autostimă și tendință de valorizare, el tolerează foarte greu observația defăimătoare sau critică în public, pe care o trăiește ca umilitoare.
5. *Stare de aprehensiune sau de anxietate persistentă, pervazivă și limitativă,* evidentă sub aspect comportamental. Evitantul nu este un om pasiv, interiorizat sau inactiv, cum s-ar putea presupune; dimpotrivă, sub aspect comportamental, el apare ca neliniștit, temător și în același timp grăbit, dornic de a acționa dar lipsit de curajul de a iniția o acțiune.
6. *Evitarea și teama de a iniția noi relații interpersonale* fără asigurarea repetată și obiectiv confirmată a acceptării sale necritice de către eventualul interlocutor sau colaborator. Pe un plan mai general, persoana cu tulburare evitantă manifestă o persistentă ezitare în relaționare, fără o fermă și continuu reînnoită asigurare. În particular tulburarea caracterizează persoanele

restrictive, din cauza înaltelor exigențe pe care le are, cu precădere față de persoane noi sau mai puțin cunoscute. Această atitudine se datorate faptului că evitantul dezinvestește viitorul, ca și noul sau necunoscutul. Din perspectiva sa, este foarte puțin probabil ca viitorul sau noul să-i aducă binele.

Reținerile si temerile persoanei cu tulburare evitantă, deși generale, în situații concrete sunt proporționale cu investiția socială sau cu importanța persoanelor ori a grupurilor la care se raportează.

7. *Subestimare a însușirilor și disponibilităților personale.* Persoana cu tulburare evitantă are sentimentul sau convingerea că este incapabil, inabil, inadecvat, neatrăgător sau chiar inferior celor cu un statut socio-profesional asemănător.
8. *Dorința de a fi acceptat și simpatizat: nevoia de tandrețe, securizare și reasigurare,* ceea ce are drept consecință preocuparea excesivă sau prudența obsesivă de a răspunde adecvat expectațiilor, sarcinilor si obligațiilor.
9. *Dificultate în deliberare, decizie si angajare,* de a elabora planuri si de a investi sub aspect moral, afectiv sau material.

Trăsături facultative sau asociate

1. *Hipersensibilitate si tendință la interpretativitate* față de aprecierile sau comentariile celorlalți despre sine.
2. *Tendința de a exagera eventualele riscuri, esecuri, pericole,* ceea ce îi accentuează prudența excesivă și incapacitatea deliberativă.
3. *Trăirea intensă, dureroasă a inacceptării, refuzului,* rejecției si discriminării.
4. *Nevoia de certitudine, stabilizare si securizare,* situații în care funcționarea sa socio-profesională se află la cele mai înalte cote.

Complicații

Acestea survin mai ales în situațiile în care sistemul suportiv și de reasigurare înregistrează o deteriorare. Astfel, pacienții pot dezvolta tulburări anxioase, depresii sau fobii sociale.

Invalidare funcțională

Trăsăturile de personalitate mai sus menționate, dar în special tendința de subevaluare, continua ezitare si dificultatea de

deficiare determina restrangerea activitații, precum și a relațiilor intrpersonale. In consecință, astfel de persoane decad în funcții și servicii minore, cu o redusă autoritate, fără responsabilitate, inferioare pregătirii si calificării lor.

Diagnostic diferențial

Tulburarea anxioasă de personalitate trebuie distinsă de

- tulburările anxioase, pe de o parte, și de
- alte tulburări de personalitate, pe de altă parte.

Abordare terapeutică

Abordarea psihoterapeutică. Psihoterapia constituie tratamentul esențial și eficace al tulburării evitante de personalitate. Succesul acestei abordări este favorizat de respectarea următoarelor recomandări:

- realizarea unei "alianțe terapeutice" este aici un elemenent primordial, datorită circumspecției excesive și neîncrederii pacientului în noi relații sau acțiuni;
- încă din primele stadii ale procesului terapeutic se va încerca înlăturarea temerilor de rejecție și a fobiei sociale;
- în stadiile ulterioare ale psihoterapiei se încurajează inițiativele de relaționare și de integrare în grupul profesional și social, ca si eforturile de minimalizare si domininare a temerilor de eșec, respingere sau umilire;
- în ultima etapă a psihoterapiei se încearcă implementarea si dezvoltarea abilităților si inițiativelor sociale; sub acest aspect, psiho-terapeutul trebuie să manifeste o prudență deosebită pentru a nu-și expune pacientul eșecului sau rejecției, întrucât o astfel de situație ar avea un efect profund perturbator, uneori devastator, asupra autostimei acestuia.

Antrenamentul autoafirmării constituie o tehnică de psihoterapie mai nouă care îi află sorgintea în terapia comportamentală si cognitivă. Scopul acestei tehnici este de a-l învăța și de a-l antrena pe pacient să-și exprime cât mai deschis opiniile și dorințele, ceea ce ar contribui în mod indirect, dar semnificativ, la ameliorarea și consolidarea autostimei.

Terapia de grup, realizată în grupuri heterogen și lent deschise dezvăluie pacienților, cu mai multă obiectivitate, propria lor

sensibilitate și fragilitatea autostimei și a structurii lor psihice în ansamblu; totodată, atmosfera terapeutică a grupului constituie un suport constant și susținut în dezvoltarea inițiative sociale.

Cum să ne purtăm cu personalitățile anxioase:

Recomandabil

- arătați-i că se poate baza pe dumneavoastră
- practicați un umor binevoitor
- ajutați-i să relativizeze
- determinați-i să se trateze

Nerecomandabil

- să vă lăsați subjugați
- să-i luați prin surprindere
- să-i împărtășiți propriile voastre griji
- evitați subiectele de conversație penibile

Tuburarea dependentă a personalității

Definiție

Tulburarea dependentă a personalității se caracterizează prin autostimă redusă, neîncredere în posibilitățile proprii, nevoie excesivă de ocrotire și îngrijire, incapacitatea de a lua decizii în probleme curente și tendință continuă de a acorda altuia girul propriilor responsabilități.

Într-o definiție sintetică reținută de Tratatul American de Psihiatrie, tulburarea dependentă a personalității "se caracterizează printr-o nevoie pervazivă și excesivă de a fi îngrijit, fapt care determină un comportament supus și adeziv, ca și prin teama de separare" (G. J.Gunderson, Katharine Phillips, 1995, p. 1450).

Debut

Tulburarea dependentă a personalității debutează la vârsta adultă tânără, ea nefiind sinonimă cu dependența întâlnită la mulți copii și mai ales la copii mici. Este posibil ca această confuzie să influențeze și datele de prevalență a tulburării dependente, care sunt atât de variate, chiar divergente.

Trăsături caracteristice (esențiale)

Autostimă redusă prin subestimarea calităților și disponibilităților proprii. Neîncrederea persoanei față de propriile

sale posibilități se extinde și asupra propriilor opinii. În consecință, cel în cauză nu-și susține propriile opinii, nu le argumentează si nici nu se ghidează conform acestora.

2. *Nevoia de aprobare, de acceptare și de suport.* Cu slabă autostimă și încredere în sine, persoana trăiește nu numai nevoia aprobării, ci și a acceptării de către ceilalți, mai ales când aceștia sunt oameni influenți. Mai mult, pacientul prezintă o continuă căutare a suportului unei persoane investite (sub aspect profesional, social) fără de care se simte amenințat și invalidat.

3. *Sacrificii în vederea obținerii aprobării suportului și îngrijirii.* Cel investit cu forță și influență nu numai că este căutat dar, odată reperat, este asaltat de către persoana cu tulburare dependentă spre a-i capacita atenția, acceptarea și sprijinul. În vederea acestui fapt, cel cu tulburare dependentă sacrifică timp și energie, oferă dovezi de loialitate, punându-și la dispoziție întreaga sa disponibilitate și deplină fidelitate.

4. *Acordă altuia girul propriilor sale responsabilități.* Persoana dependentă procedează astfel nu numai pentru a-și dovedi atașamentul față de cel investit, ci și pentru că are nevoie ca alții să-și asume responsabilitatea problemelor și acțiunilor pe care le întreprinde.

5. *Dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii în probleme curente.* Persoana dependentă prezintă o chinuitoare nehotărâre, nu numai în privința unor decizii esențiale, ci și în probleme curente, uneori banale, cotidiene. In consecință, aici nu este vorba numai de prudență și teama de a nu greși (întâlnite la obsesiv), ci de o incapacitate deliberativă *per se*, ca o trăsătură validă a personalității dependentului și nu ca o consecință logică a altor trăsături.

6. *Reducerea sau anularea inițiativelor. Personalitatea* dependentă prezintă mari dificultăți în întreprinderea unor activități din proprie inițiativă și, cu atât mai mult, în inițierea unor proiecte. Se consideră că această dificultate nu este consecința energiei reduse sau a slabei motivații, ci a lipsei de încredere în abilitățile proprii și în judecata proprie.

7. *Nevoia de atașament.* Persoanele cu această tulburare, pe lângă nevoia de ocrotire, dezvoltă o puternică tendință de atașare nu

atât de persoana care prezintă opinii asemănătoare (întrucât el nu ține la opiniile sale), ci de o persoană care să-i accepte atașamentul. In felul acesta se explică faptul că dependentul este regăsit deseori ca pereche a iadei descrisă de clasici ca "folie a deux", el fiind, evident, partenerul submisiv care preia sistemul delirant al pacientului princeps.

Tot ca expresie a aviditații de atașament a pacientului dependent se explică și faptul că, atunci când relația sa submisivă (din diverse motive) nu mai poate fi continuată, el caută stăruitor o altă persoană care să-i asigure nevoia de îngrijire și suport.

Trăsături facultative sau asociate

1. *Teama de a fi abandonat.* Persoana dependentă este preocupată și chiar anxietatea de a nu fi abandonată de către cel față de care este atașat. Cel în cauză nu poate accepta ori suporta ideea că ar putea ajunge în situația de a-și purta singur de grijă, de a decide și acționa din proprie inițiativă.

2. Tolerantă excesivă față de persoana investită ca protector. *Teama de abandon îl determină pe cel dependent de a fi foarte tolerant față de comportamentul inadecvat, abuziv sau despotic al celui editat ca protector. Astfel, un soț infidel, agresiv sau etilic este tolerat de către partenerul dependent, care își consumă existența între regresie continuă și resemnare fatalistă.*

3. *Limitarea relațiilor sociale la cei de care sunt dependenți.* Asigurat că este protejat, cel dependent își limitează relațiile sociale pe care nu le mai consideră necesare. Investiția afectivă față persoana protectoare este așa de mare, încât disponibilitățile sale afectiv-relaționale sunt epuizate.

4. *Evitarea responsabilităților.* Persoana cu tulburare dependentă personalitate evită orice responsabilitate. Cu deplină autenticitate refuză promovarea, avansarea, încredințarea unei sarcini, a unei responsabilități, întru cât știe că aceasta implică în mod echivoc inițiativă, decizie, deliberare, de care nu se simte în stare. Totuși, el este capabil să îndeplinească rugămintea, recomandarea sau ordinului care poartă responsabilitatea acțiunii. Altfel spus, persoana dependentă este invalidată în privința inițiativei și deciziei, dar nu sub aspectul efectuării sau executării atribuțiilor sau ordinelor.

5. *Tendința de a interpreta orice contrariere sau dezaprobare ca expresie a neîncrederii sau incapacitării sale.* Această situație este totuși mai rar întâlnită, întrucât persoana dependentă nu își exprimă opoziția de teamă să nu-și piardă acceptarea interlocutorului.

Ca și celelalte tulburări de personalitate și aceasta prezintă o evoluție cronică; totuși, deși cronică, putem considera că evoluția este relativ favorabilă, mai ales când i se asigură securizare și ocrotire.

Invalidare funcțională si profesională

Sub acest unghi, un rol covârșitor îl joacă orientarea profesională si anume către domenii și profesii care nu impun inițiativă si decizii. Partenerul conjugal poate influența, în astfel de cazuri, în mod esențial, evoluția socio-profesională a persoanei cu tulburare dependentă.

Complicații.

Printre complicațiile posibile se notează tulburarea de adaptare, tulburarea anxioasă si tulburarea depresivă.

Abordare terapeutică

În situațiile în care trăsăturile tulburării dependente devin dezadaptative și ocazionează o disfuncție socio-profesională, tratamentul poate ameliora în mod semnificativ starea pacientului.

Psihoterapia individuală. Spre deosebire de alte forme de tulburare a personalității, aici, în tulburarea dependentă, succesele psihoterapiei sunt mai numeroase și mai elocvente. În vederea reușitei, psihoterapeutului i se recomandă următoarele:

- conștientizarea și clarificarea semificației relațiilor de dependență;
- abținerea de a încuraja pacientul să-și modifice dinamica relației sale în pofida caracterului patologic al acesteia, întrucât o întrerupere prematură sau intempestivă poate genera anxietate și nonconplianță la tratament;
- să acorde respect pentru sentimentele de atașament ale pacientului indiferent de caracterului distorsionat al acestora.

Psihoterapia în grup a fost utilizată recent în tulburarea dependentă, iar rezultatele obținute au fost întotdeauna favorabile.

Cum să te comporți cu personalitățile dependente:

Recomandabil

- să-i lăudați mai mult inițiativele decât izbânzile, să-l ajutați să banalizeze eșecurile
- dacă vă cer sfatul, înainte de a răspunde, chestionați-l în privința punctului său de vedere
- vorbiți de îndoielile și slăbiciunile voastre, nu sovăiți să-i cereți voi însivă sfaturi și ajutor.
- ajutați-l să-și multiplice activitățile
- faceți-l să înțeleagă că sunt o serie de lucruri pe care le puteți face fără el, dar că aceasta nu înseamnă că îl respingeți

Nerecomandabil

- să luați decizii în locul lui chiar dacă v-o cere; nu-i alergați în ajutor ori de câte ori este într-un impas
- să-i criticați inițiativele, chiar dacă sunt ratate
- să-l abandonați cu desăvârșire pentru a-l „învăța să se descurce singur"
- să-i îngăduiți să plătească prețul dependenței sale (să vă ofere cadouri și să facă „munci murdare")
- să-l lăsați să vă "invadeze"

Tulburarea anancastă (obsesiv-compulsională) a personalității

Definiție

Tulburarea anancastă a personalității poate fi definită printr-un pattern comportamental de ordine, rigoare, meticulozitate, perseverență și perfecționism, care se instituie în adolescență și însoțește persoana în cauză pe tot parcursul existenței.

O definiție recentă și autorizată insistă asupra "preocupării persoanei pentru ordine, perfecțiune, control mintal și interpersonal, realizat cu prețul (în pofida) flexibilității, deschiderii și eficienței" (G.J.Gundeson, Katharine A. Phillips, 1995, p. 1446).

Debut

Constatarea și diagnosticarea tulburării s-a făcut la vârsta școlară mare, deci în jurul perioadei pubertare. Desigur, tulburarea poate debuta si ulterior, adică la adolescent sau la adultul tânăr.

TRĂSĂTURI CARACTER.

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Înaltă valorizare a reglementărilor, regulilor și ordinelor*, astfel încât, în mediul familial sau profesional, disciplina este un principiu de existență, iar simțul datoriei un deziderat imediat.
2. *Performeri ai analitismului, ai detaliilor* care le ocupă cea mai mare parte a existenței și, din acest motiv, pierd din vedere esențialul sau nu-și pot finaliza planurile, proiectele. Despre ei se poate afirma că "nu văd pădurea din cauza copacilor".
3. *Perfecționism extrem, militanți* și, uneori, *martiri* ai lucrului, bine făcut, de care rareori sunt satisfăcuți.
4. *Voluntari ai sacrificiului pe altarul muncii și al devotamentului* pentru care își sacrifică în mod conștient toate momentele și aspectele agreabile ale existenței: odihnă, relaxare, concedii, sărbătoare, vizite, călătorii, prietenii. Pentru ei, viața, lipsită de relaxare ori sărbătoare, este o continuă mobilizare, iar binecunoscuta deviză "trăiește ca și cum ai nărui mâine" le rămâne necunoscută sau în mod inconștient ignorată, fiind suprainvestită completarea antinomică a acesteia: "muncește ca și cum ai trăi o veșnicie".
5. *Conștiinciozitate, scrupulozitate, inflexibilitate*, atribute care pentru personalitatea obsesivă nu sunt doar norme de conduită, ci principii de existență. Ei sunt oamenii cu un înalt simț moral, justițiar și axiologic general.
6. *Intoleranță față de indiferență, compromis și corupție.* Promotori ai înaltelor principii justițiare si morale, cu o structură psihică inflexibilă, obsesivo-compulsivii sunt, structural, oameni ai adevărului și dreptății.
7. *Militanți ai standardelor înalte, autoimpuse.* Deși obsesivi, ei își propun țeluri înalte iar, pe de altă parte, analitismul excesiv și perfecționismul îi reține, întârziind sau împiedicând realizarea lor.
8. *Exigență față de ceilalți și tendința de a le impune propriile standarde, rigori sau stil de viață. Din* această cauză ei pot avea dificultăți relaționale, întrucât ceilalți nu pot sau nu vor să se conformeze acestor "maniaci" ai ordinii și corectitudinii.
9. *Neîncredere în reprezentare.* Identificat cu datoria și cu munca, obsesiv-compulsivul crede că numai el poate îndeplini activitatea respectivă și de aceea suportă greu sau nu acceptă ca

altcineva să-i țină locul; oricare altul, din nepricepere sau delăsare, nu ar face altceva decât să încurce.

10. *Teama de schimbare* a patternului activității cotidiene, a profesiei, a locului de muncă, a locuinței, a modului de existență. Cel cu tulburare obsesiv-compulsivă are oroare de schimbare, întrucât aceasta presupune un efort de adaptare de care el nu se simte în stare.
11. *Adepți ai stabilității și conservatori prin definiție.* Orice încercare de modificare, transformare sau schimbare este trăită ca o agresionare și de aceea el luptă cu înverșunare ca "totul să rămână cum este". Din perspectivă obsesională, rutina este asimilată cu armonia, iar schimbarea cu anomia, în timp ce lupta pentru stabilitate simbolizează datoria.

Trăsături asociate sau facultative

TRĂSĂTURI ASOCIATE

1. *Înaltă valorizare a conduitelor raționale*, devalorizarea și dezavuarea conduitelor călăuzite de afect sau sentimente. Obsesivo-compulsivii aspiră spre o clară delimitare, iar în efortul delimitărilor distincte, instrumentele inestimabile sunt inteligența și logica. Perfecționismul conduitei își găsește sublimarea în corectitudinea silogismului, care nu poate implica afecte sau sentimente, chiar dacă acestea sunt găsite uneori sublime.
2. *Comunicare concretă, necesară, reală.* Comunicarea persoanelor cu tulburare obsesivo-compulsivă este îndeosebi parcimonioasă, se referă cu predilecție la lucruri concrete, la acțiuni care trebuiesc îndeplinite; este o comunicare acțională și descriptiv-narativă. Nu numai rigiditatea și inflexibilitatea îi impune acest stil comunicațional, ci și obsesionalitatea și prudența, întrucât el consideră că unde-i vorbă multă, greșeala nu lipsește.

   Incapacitatea de exprimare a sentimentelor tandre, caracteristică congruentă cu stilul său comportamental, desfășurat după un pattern previzibil. De fapt, față de persoanele apropiate și dragi, tandrețea obsesivului se exprimă prin grijă.
3. *Reducerea diapazonului dispozițional*, prin care nuanțarea ca și amploarea afectelor este limitată; în consecință, pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă o slabă capacitate de rezonanță afectivă, fiindu-le străină și improprie o manifestare afectivă și, cu atât mai puțin, demonstrativă. Dimpotrivă, ei pun

în surdină atât exprimarea afectelor pozitive cât și a celor negative.

4. *Relații interpersonale* reduse, uneori limitate la probleme strict necesare sau utilitare. Un om cu rigiditate, slabă empatie și inflexibilitate, nu poate avea relații sociale și empatice dezvoltate. Pe de altă parte, din cauza activității intense, pedant desfășurate, relațiile sunt deseori sacrificate, fiind păstrate numai cele strict profesionale.

5. *Indecizie, dificultăți de deliberare.* Corectitudinea, probitatea, analitismul și inflexibilitatea sunt concordante cu prudența. De fapt, trăsăturile fiecărui tip de personalitate nu sunt întâmplător alăturate, ci înmănunchiate după legi nescrise ce conferă consistență sistemului respectiv de personalitate. În consecință, trăsăturile se intercorelează se condiționează reciproc; mai mult, se cheamă între ele spre a-și construi unitatea sistemului psihologic al persoanei. Din această perspectivă, trăsăturile mai sus-menționate ale personalității obsesiv-compulsive impun și o altă trăsătură constant întâlnită în practică, dar nereliefată în studii: prudența. Adept al pașilor mărunți, obsesiv-cornpulsivul este un om cu ochii în patru. Pentru el, eroarea, ca și dușmanul, nu vin din față ci se insinuează lateral, acționează prin învăluire si de aceea el, într-o continuă consolidare, este incapabil înaintare, fapt ilustrat prin indecizie și incapacitate de deliberare.

Evoluție

Deși bine structurată, evoluția tulburării obsesiv-compulsive de personalitate este variabilă; astfel, pe acest fundal, în momente nefavorabile, ocazionate de situații stresante sau frustrante, pot apare obsesii propriu-zise sau fobii care determină un anumit grad de invalidare funcțională sau profesională. Alteori, mai ales când tulburarea a debutat în adolescență, odată cu intrarea în viața adultă, trăsăturile psihopatologice se atenuează, iar pacienții devin relativ tandri, relaționabili, nuanțați și maleabili. Totodată, nu trebuie omis faptul că avansarea în vârstă aduce o îngroșare, o accentuare a trăsăturilor manifestărilor obsesiv-compulsive.

Complicații

Una dintre cele mai redutabile complicații este apariția schizofreniei. Deși studiile din domeniu nu au evidențiat un debut obsesivo-compulsiv al schizofreniei, acesta constituie o realitate.

El nu trebuie confundat însă cu dezvoltarea unei schizofrenii la o persoană cu tulburare obsesiv-compulsivă. Ulterior, după decenii de evoluție, persoana respectivă poate dezvolta o depresie majoră. De fapt, la o investigație a tulburărilor depresivc prin tehnici proiective, am avut posibilitatea să constat că un număr semnificativ dintre pacienții cu stări depresive prezentau manifestări clinice obsesiv-compulsive.

Diagnostic pozitiv

Există riscul confuziei între *personalitatea obsesivă*, care prezintă într-un anumit grad trăsăturile mai sus menționate și *tulburarea obsesiv-compulsivă de personalitate*, care prezintă aceleași trăsături așa cum au fost prezentate. Se impune totuși o precizare, cu atât mai necesară cu cât opinia actuală a clinicienilor este de a aduce tulburările personalității din aria normalității în aria psihopatologici clinice. Ca atare, numai când trăsăturile anterior precizate se caracterizează prin inflexibilitate, dezadaptabilitate, durată și disfuncționalitate, se poate vorbi de o tulburare obsesiv-compulsivă de personalitate.

Diagnostic diferențial

Cea mai dificilă diferențiere este între tulburarea *obsesiv-compulsivă de personalitate si tulburarea obsesiv-compulsivă* (respectiv nevroza obsesiv-compulsivă), care este caracterizată prin compulsiuni si obsesii propriu-zise și nu prin trăsături obsesive. Desigur, invalidarea funcțională si durata relativ redusă sunt argumente decisive pentru diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă.

Abordare terapeutică

Psihoterapia individuală cunoaște aici indicația de elecție, iar ca recomandări particulare pot fi reținute următoarele:

Psihoterapia rogersiană (nondirectivă) constituie metoda preferată de către acești pacienți și ușor de instituit de către psihoterapeuți;

- indiferent de metoda utilizată, psihoterapia în astfel de cazuri este îndelungată, dificilă, cu rezultate parțiale;
- psihoterapeutul trebuie prevenit că inflexibilitatea acestor pacienți îi poate provoca apariția unui contratransfer negativ;

Psihoterapia comportamentală se înscrie ca o eventualitate bazată pe receptivitatea pacienților la recompensa pe care trebuie

să le-o acorde terapeutul;

Psihoterapia în grup constituie o abordare dură pentru pacient, care, dacă poate depăși primele 4 - 5 ședințe, ar putea beneficia de atmosfera terapeutică a grupului.

Cum să te comporți cu personalitățile anancaste:

Recomandabil

- Să-i arătați că îi apreciați simțul ordinii și al rigorii
- Să îi respectați nevoia de a prevedea și de a organiza totul
- Când merge prea departe, aduceți critici dese și motivate
- Să-i arătați că sunteți previzibili și că se poate bizui pe dvs.
- Să-i faceți să descopere bucuriile destinderii
- Să-i încredințați sarcini pe măsura sa, în care „defectele" să fie tot atâtea calități

Nerecomandabil

- Să-l ironizați pe tema maniilor lui
- Să vă lăsați antrenat prea departe în sistemul lor
- Să-l copleșiți cu prea multă afecțiune, recunoștință sau cu daruri.

Tulburarea emoțional instabilă a personalității

Definiție

În definiția tulburării emoțional-instabile sunt implicate trăsăturile cardinale ale acesteia și anume "instabilitatea afectivă și tendința neîncetată de a acționa impulsiv, fără luarea în considerație a consecințelor" (ICD-X, 1992, p. 204).

Sinonimii, includere

Tulburarea de personalitate emotional-instabilă este sinonimă cu psihopatia impulsivă și include psihopatia explozivă ca și personalitatea agresivă.

Debut

Tulburarea emoțional-instabilă apare la vârsta adultului tânăr, după cristalizarea trăsăturilor definitorii ale personalității insului. Fără îndoială, tinerii adolescenți prezintă trăsături si manifestări clinice emotional-instabile dar, după câțiva ani, acestea se atenuează și dispar, astfel încât este riscant să punem acest diagnostic la vârsta adolescenței.

TRĂSĂTURI

Trăsături psihologice și psihopatologice

Din aria clinică a acestei tulburări de personalitate, în mod progresiv au fost anexate diferite teritorii, care au fost însușite de alte entități nosografice și în primul rând de tulburarea de personalitate borderline, depresivă, pasiv-agresivă etc., astfel încât, domeniul său clinic a fost redus în mod semniftcativ, limitându-se actualmente la:

- *manifestări impulsive, nondeliberative, consecutive unor incitații minore* din ambianță;
- încercarea de limitare, opoziție sau de aprobare a manifestărilor impulsive, poate provoca acte coleroase, violente, apreciate ca *"explozii comportamentale"*, cu manifestări clastice care uneori au implicații medico-judiciare;
- *minimalizarea sau ignorarea în cauză a consecințelor negative* ce apar în urma actelor și manifestărilor impulsive de către persoana în cauză;
- *apreciere retrospectivă realistă și critică*, deseori urmată de scuze și regrete;
- *capacitate de reiterare* (în urma unor incitații asemănătoare),a izbucnirilor emoționale;
- *instabilitate și versatilitate dispozițională*, independente de condițiile ambianței

În funcție de aspectul clinic al trăsăturilor psihopatologice, acestei tulburări de personalitate i s-au descris (în ICD-X, 1 990) două forme clinice și anume:

- *tulburarea de personalitate emoțional-instabilă forma impulsivă;*
- *tulburarea de personalitate emoțional-instabilă forma borderline.*

Evoluție

Ca și în cazul altor tulburări de personalitate, și aici evoluția este constantă și relativ continuă pe parcursul vieții adulte, înregistrând o oarecare aplatizare pe versantul descendent al existenței.

In evoluția acestei tulburări de personalitate o influență semnificativă o exercită situațiile psihostresante și mai ales frustrante, care determină o exacerbare a manifestărilor clinice

TIMIȘOARA "TODORAN"

sau veritabile "decompensări" depresiv-anxioase care impun un tratament specific.

Complicații

Tulburarea emoțional-instabilă se poate complica, mai ales în cea de-a treia sau a patra decadă a existenței, prin toxicomanie sau prin alcoolomanie. Această comorbiditate, la rândul ei, sporește riscul actelor psihiatrico-judiciare, datorită faptului că drogul sau alcoolul reduc în mare măsură sau anulează frâna voliționlă în aceste cazuri.

De asemenea, distimia ca și depresia majoră, precum și consecința relativ frecventă a acesteia, suicidul, se înscriu drept complicații severe ale tulburării emoțional-instabile.

Invalidare funcțională

Prin incapacitatea de stăpânire a afectelor, prin labilitatea dispozițională, aceste persoane nu pot fi investite cu funcții, nu li se pot încredința acțiuni, proiecte sau misiuni. Aprecierea critică retrospectivă a propriilor izbucniri coleroase(în pofida faptului că erau întrucâtva justificate), determină retragerea investițiilor grupului profesional sau social.

Din perspectivă clinică, apariția stărilor depresive sau anxioase determină o limitare sau o reducere a disponibilităților și a performanțelor profesionale, iar uneori a capacității de funcționare socio-familială.

Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate emoțional-instabilă trebuie diferențiată de:

- alte tulburări de personalitate;
- tulburări de dispoziție

Abordare terapeutică

Psihoterapia constituie abordarea terapeutică majoră pentru tulburarea de personalitate emoțional-instabilă. Dintre numeroasele metode se poate recurge la psihoterapia cognitivă, fără a neglija metode mai superficiale din registrul psihoterapiei suportive.

Ca și în cazul altor tulburări de personalitate și pentru tulburarea emoțional-instabilă pot fi făcute unele recomandări care vizează:

- realizarea unei "alianțe terapeutice", aici cu atât mai benefice

cu cât pacientul percepe slaba încredere a membrilor grupului familial sau profesional;

- înțelegerea și acceptarea autentică de către pacient a relațiilor sale inadecvate, ca și a reacțiilor și răspunsurilor deseori inoportune sau disproporționate.

Cum să ne purtăm cu personalitățile de model instabil emoțional:

Recomandabil

- Fiți punctuali și dovediți-i că se poate bizui pe dvs.
- De câte ori încearcă să vă impună punctul lui de vedere, susțineți-l pe al vostru
- Ajutați-l să relativizeze
- Ajutați-l să descopere bucuriile adevăratei destinderi

Nerecomandabil

- Să vă lăsați antrenați în competiții inutile
- Să dramatizați conflictele cu el

Tulburarea depresivă a personalității

Definiție

În mod discursiv, această condiție este definită printr-un "pattern pervaziv de tristețe și pesimism, de autocriticism, autostimă redusă, pasivitate și expresie inhibată de agresivități" (G. J. Gunderson, Katbarine Phillips, 1995, p. 1457).

Din perspectivă generală și sintetică, această tulburare este caracterizată printr-un "pattern pervaziv de cogniții și comportamente depresive, care apar la începutul vieții adulte și se manifestă într-o varietate de contexte, care au la bază un sentiment persistent de descurajare, lipsă de bucurie si nefericire" (DSM-IV, 1994, p. 732).

Debut

Nici asupra debutului tulburării depresive de personalitate nu există studii valide, deși se precizează că această condiție apare "la începutul vieții adulte" (DSM-IV, 1994, p. 732).

Trăsături caracteristice sau esențiale

- *incapacitate de a trăi* satisfacția, realizarea, succesul, refuzându-și bucuria sau chiar relaxarea;

2. • *conștiincios, responsabil, disciplinat,* exigent cu sine, chiar intransigent, se autoanalizează cu severitate, se culpabilizează;

3. • *proiecție rigorilor autoimpuse,* a autoexigenței asupra celorlalți;

4. • *judecători exigenți,* uneori necruțători ai comportamentului și activității celorlalți, cărora le aplică aceleași riguroase standarde;

5. • *tendința de analiză selectivă si riguroasă* a neîmplinirilor și eșecurilor celorlalți și minimalizarea succeselor acestora;

6. • *grijă excesivă* și continuă asupra existenței și activității, trăită sub spectrul imprevizibil al riscului și eșecului;

7. • *trăirea prezentului* sub aura îndoielii și scepticismului, în pofida indiciilor și constatărilor contrarii;

8. • *anticipări și expectații* (pe care le prezintă ca premoniții) negative asupra desfășurării ulterioare a evenimentelor.

Trăsături facultative sau asociate

1. • autostimă redusă și o mare disponibilitate pentru autoculpabilizare și chiar autoblarmare;

2. • sentimente de inadecvare și trăirea unei stări cronice de considerare a dispoziției și voliției;

3. • tendința de a suferi în tăcere, cu momente de catarsis afectiv desfășurat cu discreție, în solitudine;

4. • tendința de ezitare, de indecizie, dificultăți în deliberare și teamă de dezaprobare;

5. • autocritici, derogativi și denigratori ai activității și persoanei lor;

6. • liniștiți, introvertiți, pesimiști, nonasertivi.

Evoluție

În mai mare măsură decât în cazul altor tulburări de personalitate, aici evoluția cronică este mai elocventă. În plus, la vârste mai avansate, pe fondul tulburării depresive de personalitate se poate suprapune o tulburare distimică sau o tulburare depresivă majoră.

Diagnostic diferențial

Trăsături depresive ale unei personalități normale ilustrate prin introversie, pasivitate, pesimism, nonasertivitate și autoculpabilizare. Spre deosebire de tulburarea depresivă a

personalității acestea nu au un pattern pervaziv, nu provoacă tulburare marcată și nici invalidare socio-profesională. *Tulburarea distimică,* este ilustrată clinic printr-o mai mare fluctuație a dispoziției, prin caracterul episodic (deși cu durată îndelungată al manifestărilor) ca și prin prezența unor factori precipitanți ai debutului.

Abordarea psihoterapeutică

Se consideră că în tulburarea depresivă a personalității psihoterapia constituie abordarea "de elecție". Din ansamblul metodelor terapeutice este de preferat *psihoterapia rogersiană* (centrată pe pacient) cu care s-au obținut rezultate semnificative.Fiind vorba de o tulburare depresivă, nu poate fi ignorată *psihoterapia cognitivă,* care-1 ajută pe cel în cauză să descifreze și să-și clarifice distorsiunile cognitive. Au fost, de asemenea, comunicate rezultate favorabile prin participarea acestor pacienți la *psihoterapia de grup*.

Cum să te comporți cu personalitățile depresive:

Recomandabil

• să-i atrageți atenția prin întrebări asupra laturii pozitive a orcărei situații

• antrenați-o în activități agreabile, care să fie pe măsura sa

• să vă arătați considerația într-un mod adecvat

• îndemnați-o să consulte un specialist

Nerecomandabil

• să-i spuneți să se „zgâltâie"

• să-i faceți morală

• să vă lăsați târâți în marasmul ei

Tulburarea pasiv-agresivă a personalității

Definiție

Tulburarea pasiv agresivă este caracterizată printr-un „pattern pervaziv de rezistență pasivă la cererile de performanță profesională și socială adecvată, ca și printr-o atitudine negativistă" (G. J. Gunderson, Khatarine Phillips, 1995, p. 1458).

Sinonimii, includere

Întrucâtva particular contradictoriu, termenul de *pasiv-agresiv* are un grad înalt de specificitate, fapt care nu a permis crearea

altora cu aceeași semnificație. Totuși, DSM-IV (1994) denumește această condiție *tulburare negativistă de personalitate.*

TRĂSĂTURI CARACTERISTICE

Trăsături caracteristice sau esențiale

1. *Rezistența la solicitare sau îndemn,* insuficient conștientizată, constituie o expresie deghizată a pulsiunilor agresive ale pacientului; acesta sau se opune în mod direct, dar tace, amână, sau își exprimă acordul în mod formal, neconvingător, echivalent cu un refuz disimulat.
2. *Temporizare sau amânare* a răspunsului la rugăminte, ordine sau solicitare; este o trăsătură strâns corelată sau care poate fi derivată din rezistența mai sus menționată.
3. *Caracterul indirect,* sugerat sau chiar disimulat al formulării cererilor, al exprimării dorințelor.
4. *Dependența ostilă față de persoana semnificativă* cu care se află în relație, în pofida agresivității pe care o resimte față de aceasta.
5. *Refuzul schimbării* și eliberării din relația de dependență care nu-i permite o existență liberă si autocritică, pe care o trăiește în plan fantasmatic.
6. *Comportament lamentativ-atributiv,* în sensul că pune pe seama celorlalți, culpabilizându-i, propriile-i insuccese, eșecuri, pierderi.

TRĂSĂTURI FACULTATIVE

Trăsături facultative sau asociate

1. *Retroflexia ostilității* față de persoana semnificativă asupra propriei persoane și acceptarea masochistă a limitării și frustrării.
2. *Opoziție față de autoritate* (în special față de figurile autoritare) ilustrată cu precădere în situații profesionale sau sociale.
3. *Anxietate secundară* a situațiilor în care defensa lor obișnuită nu mai este posibilă, sau în condițiile în care sunt obligați să accepte o schimbare.
4. *Acceptarea (pasivă) și egoistă a planurilor și acțiunilor* persoanei semnificative (soț sau șefi, deși au convingerea nereușitele lor și refuzul ostil de a propune îndreptarea sau corectarea.
5. Resentimente și invidie față de colegii care au obținut succese, situații favorabile sau un statut socio-profesional superior.

6. *Noncarismatici,* se manifestă ca ursuzi, iritabili, morocănoși, artăgoși și cinici.
7. *Impresia că sunt neînțeleși,* insuficient apreciați, marginalizați sau chiar înșelati.
8. *Defect de relaționare și integrare,* datorită egoismului, indiferenței, lamentativității și heteroatribuirii insucceselor, insatisfacțiilor și frustrărilor proprii.
9. *Automanipularea* în tendința de explicare și, mai ales, de justificare a poziției lor de dependență.
10. *Scepticism nedisimulat* (expresie a unui masochism camuflat a oricărei posibilități de schimbare sau de ameliorare a stării sale.
11. *Ambivalență în deliberare,* acțiuni sau situații.
12. *Neîncredere în forțele proprii* și slabă autostimă, trăsături ilustrate printr-o conduită defetistă asupra lumii, evenimentelor, persoanelor.

Evoluție

Diagnosticul de tulburare pasiv-agresivă se pune cu relativă ușurință, dar studiile de urmărire confirmă în mică măsură acest diagnostic. Astfel, după o perioadă variabilă, în general după câțiva ani, cea mai mare parte dintre cei diagnosticați cu tulburare pasiv-agresivă erau depresivi. Într-adevăr, așa cum am putut preciza în alt context, actuala distimie se aseamănă cu tulburarea pasiv-agresivă atât sub aspectul manifestărilor clinice, cât și al evoluției sau, mai corect spus, al persistenței trăsăturilor. În afara distimiei, studiile de urmărire au relevat evoluția spre *tulburări somatoforme* cu evoluție cronică sau spre *tulburări hipohondriace.*

Observațiile clinice, desigur limitate și nesistematizate, ne permit observația că mult mai mulți pacienți cu schizofrenie intră în boală cu un comportament pasiv-agresiv.

Complicații

Deși distimia sau schizofrenia sunt interpretate drept complicații ale tulburării pasiv-agresive, considerăm că cele două boli au debutat prin manifestări asemănătoare cu cele din tulburarea pasiv-agresivă, oferind astfel un diagnostic eronat.

Suicidul este o complicație posibilă dar și aici se pune problema unei depresii, care a fost diagnosticată ca tulburare pasiv-agresivă.

Invalidare funcțională

Dependența, dar mai ales caracterul contradictoriu, ca și ambiguitatea trăirilor și manifestărilor clinice ale acestor pacienți antrenează o reală invalidare funcțională. Aceasta este sporită de dificultățile de relaționare și de integrare pe care le prezintă pacientul pasiv-agresiv.

Diagnostic diferențial

Distimia se aseamănă cu tulburarea pasiv-agresivă prin lamentativitate, scepticism, nonimplicare, diminuare a interesului și a plăcerii; de asemenea, prin evoluția sa îndelungată, de minimum doi ani, poate crea confuzii cu tulburarea pasiv-agresivă.

- Tulburarea dependentă a personalității
- Tulburarea de graniță (borderline) a personalității,
- Trăsături pasiv-agresive întâlnite la o personalitate normală

Abordare terapeutică

Abordarea psihoterapeutică impune, ca și în cazul altor tulburări de personalitate, anumite precauții dintre care menționăm:

- mai ales la începutul curei de psihoterapie, pacientul dezvoltă un contratransfer negativ față de psihoterapeut;
- cu cât resentimentele pacienților față de ceilalți sunt mai intense, cu atât contratransferul lor negativ (asupra psihoterapeutului) va fi mai putenic;
- abilitatea psihoterapeutului de a doza răspunsurile la solicitări-le pacientului (știut fiind faptul că îndeplinirea dorințelor sale îi consolidează trăsăturile, iar neîndeplinirea lor îi acreditează ostilitatea) constituie cheia succesului în psihoterapia acestei condiții.

Conform datelor din literatură, *psihoterapia suportivă* a contribuit la obținerea celor mai bune și mai durabile rezultate.

Rezultate bune s-au obținut, de asemenea, prin *psihoterapie analitică*, dar numai în condițiile unei riguroase selecții. Desigur, *terapia cognitiv-comportamentală*, larg aplicată în ultima perioadă, este investită cu bune rezultate. În acest cadru se va insista asupra antrenamentului capacității de afirmare.

Psihoterapia de grup a fost recent aplicată în tulburarea pasiv-agresivă, rezultatele sale fiind apreciate ca "foarte utile". Și aici,

în atmosfera terapeutică a grupului, psihoterapeutul trebuie să încurajeze foarte activ disponibilitatea de autoexprimare a pacientului.

Cum să te porți cu personalitățile pasiv agresive:

Recomandabil

- fiți amabil
- cereți-i părerea de câte ori este posibil
- ajutați-o să se exprime deschis
- să îi reamintiți regulile jocului

Nerecomandabil

- să vă prefaceți că nu i-ați remarcat opoziția
- să-l criticați aidoma uni părinte
- să vă lăsați antrenați în jocul represaliilor reciproce

Schimbarea persistentă a personalității după o trăire catastrofică

Definiție

Această condiție poate fi definită ca o modificare elocventă, dezadaptativă și persistentă a personalității, exprimată în modul de a percepe, de a gândi și de a se relaționa, survenită în urma trăirii unei situații existențiale vital-amenințătoare.

Condiții de apariție

Situația psihotraumatizantă sau psihostresantă, susceptibilă să determine schimbarea persistentă a personalității, prezintă:

- de o severitate extremă, încât poate modifica orice structură psihică;
- schimbarea personalității este clar corelată cu trăirea catastrofică și nu poate fi explicată printr-un anumit grad de vulnerabilitate psihică;
- în condițiile etiologice considerate catastrofice (dezastre, tortură, captivitate, condiția de ostatec etc.) există un pericol existențial iminent.

Trăsături psihologice și psihopatologice

Schimbarea psihică persistentă constă în apariția unor manifestări și atitudini necunoscute anterior la persoana respectivă și anume:

TRĂSĂTURI

• dispariția oricărei dorințe de afirmare sau de realizare,
• abandonarea planurilor, proiectelor,
• siderarea sau pierderea ambițiilor și speranțelor, retragerea investițiilor afective,
• retragere, îndepărtare și înstrăinare socială,
• pierderea disponibilității de relaționare,
• neîncredere și ostilitate față de membrii grupului familial sau profesional.

Criterii de diagnostic

Spre deosebire de alte condiții nosografice, în care pentru diagnosticul pozitiv sunt invocate manifestările clinice caracteristice, aici, pentru diagnosticul de schimbare a personalității un criteriu diagnostic esențial este reprezentat de elementul cauzal, respectiv de situația care a determinat schimbarea. În consecință, criteriile *diagnosticului pozitiv sunt*:

• schimbarea evidentă și persistentă a personalității pacientului
• existența în antecedentele imediate a unei situații drastice și a trăirii catastrofice;
• schimbarea apărută în personalitatea insului nu poate fi atribuită vulnerabilității sale psihice;
• astfel apărută, fenomenologia clinică tinde spre o evoluție cronică, durata acesteia fiind estimată la minimum doi ani;
• schimbarea personalității este dezadaptativă și determină un grad semnificativ de invalidare în funcționarea profesională, familială sau socială;
• dacă persoana respectivă nu are familie sau nu este bine cunoscută în grupul socioprofesional, sau aparține unei subculturi, schimbarea personalității trebuie confirmată de cineva care l-a cunoscut, denumit *informant-cheie*.

Diagnostic diferențial

Pentru a distinge schimbarea personalității de alte condiții clinice asemănătoare, sunt luate în considerație manifestările apărute în urma unor situații psihotraurnatizante, psihostresante sau frustrante. Practic, este vorba de așa numitele "*stări reactive*" ale psihiatriei tradiționale. Manifestările clinice ale acestor

condiții, prin conținutul și forma lor, se prezintă însă ca simptome și nu ca trăsături de personalitate.

Analiza clinică diferențiată are în vedere, cu precădere, următoarele condiții clinice:

• *tulburarea de stres posttraumatic* poate determina o schimbare a personalității, dar aici nu are loc o schimbare propriu-zisă și persistentă a personalității, ci numai o manifestare, mai mult sau mai puțin. îndelungată, a tulburării de stres;
• *modificarea personalității consecutivă unui moment critic*, (de exemplu un accident rutier) dar, o astfel de modificare este mai ales expresia unei vulnerabilități particulare decât a factorului exogen;
• *modificarea* personalității determinată de:
• infecții neurocerebrale,
• traumatisme craniocerebrale,
• boli neurologice

Trăsături psihologice și psihopatologice

În mare măsură asemănătoare cu acelea ale personalității dependente, aceste manifestări clinice sunt atribuite "trăirii traumatice" a manifestărilor pervazive ale unei boli psihice considerate severe. Ele se manifestă prin:

• convingerea pacientului de a fi marcat, puternic modificat, sub aspectul trăirii și simțirii, de boala psihică anterioară;
• sentimentul incapacității de a realiza și menține relații interpersonale autentice, bazate pe încredere;
• siderarea disponibilităților motivaționale de angajare, de implicare, de participare;
• retragerea investițiilor afective, reducerea intereselor, dorințelor și ambițiilor;
• comportament pasiv, cu distanțare și izolare socială;
• dependență excesivă și atitudine solicitantă față de ceilalți;
• adoptarea statutului de bolnav cu acuze somatoforme hipohondriace;
• labilitate afectivă sau dispoziție disforică, care nu reprezintă manifestarea unei tulburări sau consecința unei boli *anterioare;*
• reducerea sau invalidarea funcționării profesionale și sociale,

comparativ cu capacitatea de funcționare socioprofesională premorbidă.

Criterii de diagnostic

In opinia noastră nu sunt suficient de clare și impun o atentă nuanțare față de manifestările reziduale sau acelea ale remisiunii parțiale a bolii psihice cauzatoare. Astfel, se apreciază că modificările personalității în cauză implică următoarele repere diagnostice:

- existența unui pattern inflexibil și dezadaptativ de trăire afectivă și funcționare care, la rândul său, antrenează;
- un grad variabil de suferință subiectivă și invalidare în funcționarea interpersonală, socială și profesională,
- manifestările sunt determinate de o boală psihică permanentă și trăită de pacient ca "extrem de stresantă" și profund perturbatoare a imaginii de sine;
- modificarea de personalitate astfel realizată este persistentă și are o durată de minimunm doi ani.
- această modificare nu este expresia manifestărilor unei schizofrenii reziduale, insuficient remise ori pe cale de cronicizare; dimpotrivă,
- modificarea personalității "apare după recuperarea clinică dintr-o tulburare inițală" (ICD-X, 1992, p. 210).

Diagnostic diferențial

Distincția de alte condiții clinice asemănătoare este probabil cea mai dificilă din întreaga patologie psihiatrică. Astfel, se impune excluderea unei:

- *schizofrenii în remisiune parțială*, ca și a unei schizofrenii reziduale, în care întâlnim, totuși, simptome (deși reduse ca amplitudine, ori slab manifestate) și nu trăsături modificate de personalitate; în plus, situațiile menționate nu atestă "o remisiune clinică" a manifestărilor;
- *tulburări de personalitate de tip schizoid sau depedent*, (care prezintă mari asemănări sub aspectul trăsăturilor clinice), dar aici lipsește boala psihică percepută ca dramatică în manifestare și devastatoare pentru imaginea de sine a pacientului;
- modificări de personalitate induse de existența unor leziuni neuronale extinse sau boli cerebrale severe, care sunt excluse

prin datele anamnestice și ale investigațiilor paraclinice.

Tulburarea defetistă a personalității

Definiție

Tulburarea este caracterizată printr-un "pattern pervaziv de comportarment autodefetist, care debutează devreme în viața adultă si se manifestă într-o varietate de contexte" (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb, 1994, p. 748).

Sinonimii, includere

Tulburare de personalitate de tip autodestructiv (DSM-1I1-R, p. 389). Tulburare masochistă a personalității.

Trăsături psihologice și psihopatologice

- refuzul, evitarea sau ignorarea experiențelor plăcute;
- deschidere și atracție pentru situații negative, chiar dezastruoase, ca și pentru relații malefice, în pofida prevenirii sau împiedecării de către prieteni sau persoane bine intenționate;
- trăirea culpabilizantă a realizărilor sau succeselor;
- încercarea de anihilare a evenimentelor pozitive prin acte defavorizante, care îi produc pierdere sau suferință;
- rejectarea relațiilor pozitive ca și a persoanelor care oferă ajutor sau suport afectiv;
- sacrificii nesolicitate și culpabilizante pentru cei care beneficiază de ele.

Complicații

Din analiza trăsăturilor acestui tip de personalitate se constată esența lor depresivă. Altfel spus, tulburarea defetistă a personalității se înscrie în spectrul depresiilor. Tocmai de aceea, *distimia, episodul depresiv major ca și suicidul* reprezintă complicațiile acestei condiții.

Tulburarea sadică a personalității

Definiție

Tulburarea sadică este definită printr-un „pattern pervaziv de cruzime, de comportament agresiv și umilitor, care apare devreme în viața adultă" (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J.A. Grebb, 1994,p.478)

Trăsături psihologice și psihopatologice

- violența fizică sau cruzimea în relațiile interpersonale prin care își domină partenerii, fără intenția de a obține beneficii

materiale;

• exacerbarea violenței în situațiile în care victima se opune, ripostează, nu se lasă dominată sau intimidată;

• insultarea zgomotoasă sau umilirea celorlalți în public;

• absența comportamentului violent (sau reprimarea acestui comportament) în relația cu cineva mai puternic sau cu un statut socio-profesional înalt;

• fără a manifesta violență sau cruzime, cei în cauză sunt fascinați în fața unor astfel de scene sau a mijloacelor care le produc;

• agnezia empatiei, mílei, respectului și savoarea încălcării normelor sau conduitelor morale;

• trăiesc satisfacția suferinței altora pe care o caută când nu o pot provoca;

• obligarea altora de a provoca suferință semenilor;

• în vederea provocării suferinței pot recurge la mijloace indirecte minciuna, înșelăciunea, zvonul.

Complicații

• interferențe cu poliția și cu justiția

• invalidare socio-profesională sau familială printr-o proastă relaționare;

• dependența de alcool sau de drog.

Diagnostic diferențial

Tulburarea sadică a personalității trebuie deosebită de:

• *sadismul sexual*, care prin conduita sadică și, în special, prin actele sau scenele sadice conferă acestor persoane o satisfacție sexuală;

• *tulburarea disocială* de personalitate care (spre deosebire de tulburarea sadică) debutează în copilărie sau în adolescență.

PSIHOLOGIA CLINICĂ ȘI SPECTRUL METODELOR PSIHOTERAPEUTICE

Introducere

Psihoterapia este esența pragmatică a psihologiei clinice și unul din handicapurile psihiatriei contemporane, în ciuda efortuilor de tip formativ pe care le întreprinde această ramură a medicinei, devenită din ce în ce mai mult "tehnologică" (biochimică).

Esența întregii psihoterapii este faptul de comunicare, iar primul pas efctuat de psiholog, este deschiderea unui canal de comunicare cu pacientul. Rolul vital pe care, din acest punct de vedere, îl joacă acscultarea, reprezintă un aspect de conduită profesională, care a fost deja subliniat. Psihoterapia ca măsură de reducere și anulare a suferinței sufletești, nu poate realiza toate lucrurile, dar foarte puține lucruri pot fi realizate în acest travaliu recuperativ, fără ea. Psihiatrii pot prescrie pilule câte vor vrea pacienților lor, dar dacă scopurile terapeutice nu se pot comunica de către specialist și nu se pot împărtăși pacientului, este puțin probabil ca aceste pilule să fie măcar înghițite. Iar dacă totuși sunt înghițite, nu există nici un mod de a afla că ele acționează cumva, dacă nu s-a deschis un canal de comunicare cu pacientul.

Nu este posibil să fie desprinse toate aptitudinile necesare pentru practicarea psihoterapiei dintr-o carte, tot așa cum nu este posibil a se învăța arta picturii în ulei, dintr-un manual. Ceea ce urmează în continuare, este doar o schiță de compendiu foarte selectiv, privind galeria modalităților psihoterapiei, în încercarea de a se evidenția domeniul aptitudinilor necesare acestei practici și în dorința de a stârni apetitul viitorilor psihologi, spre a se îndeletnici conștiincios cu aceasta. Nu este recomandabil nici ca medicii sau alte categorii de personal implicate în îngrijirea suferinzilor, să încerce cele mai complicate tehnici

psihoterapeutice, fără a colabora cu specialiștii atestați în acest domeniu.

Psihoterapiile pot fi clasificate în primul rând în funcție de cui îi sunt destinate, sau cine este implicat în ședințele terapeutice: o persoană, un cuplu, o familie sau un întreg grup formal sau informal; În al doilea rând ele pot fi clasificate după conținutul și metodele folosite: analitică, interpersonală, cognitivă, comportamentală, etc.

Ca o trăsătură comună, toate psihoterapiile urmăresc schimbarea în bine a pacientului.

Terapiile comportamentale urmăresc schimbarea comportamentului. Dacă o persoană evită de ex. piețe sau bazare aglomerate (agorafobia), o abordare psihoterapeutică printr-o tehnică cognitiv-comportamentală, se va concentra asupra comportamentului evitant. Deci, asemenea abordări vor defini obligațiile comportamentale pe care se speră, că pacientul le va realiza datorită unor ședințe psihoterapeutice de acest gen. Terapia cognitivă se concentrează asupra gândurilor oamenilor și asupra presupunerilor provenite din gândurile lor. Prin urmare, în exemplul agorafobiei de mai sus, terapeutul va încuraja exprimarea gândurilor asociate cu situația de intrare într-un magazin aglomerat. De exemplu, pacientul ar putea relata că îi este teamă că ar putea fi pe punctul de a leșina, iar apoi, că din acest motiv, îi este teamă că toți vor crede că el este nebun. Aceste gânduri vor fi analizate folosind un procedeu „maeutico-socratic": „Ați leșinat vreodată de fapt? Cât de probabil ar fi să leșinați? Dacă cineva ar leșina în fața dumneavoastră într-un magazin, ce ați crede? Ați crede că e nebun?"

Terapiile psihodinamice, prin excelență influențate de psihanaliză, sunt singurele care se preocupă, de originea simptomelor. Ele în mod clasic se bazează pe punctul de vedere psihanalitic, conform căruia simptoomele iau naștere din problemele psihologice nerezolvate ale copilăriei. În acest context, terapeutul adoptă o atitudine non-dominantă, încurajând pacientul să vorbească fără rețineri. Pe acest fond, terapeutul încurajează schimbarea, sugerând interpretări simbolice, pe baza discuțiilor cu pacientul.

Compararea psihoterapiilor

Unul dintre motivele pentru care este dificil de demonstrat că o formă de psihoterapie este mai eficientă decât alta, este incidența fiabilității cvasiuniversale ale acestei profesări, exprimabilă în procentul mare de pacienți (aprox. 80%) care beneficiază de aproape orice tip de intervenție. O diferențiere mică (dar probabil utilă) între două forme de tratamente psihoterapeutice, este posibil să fie anulată de procentul mare de pacienți care beneficiază de ambele tehnici.

Problemele metodologice de comparare a psihoterapiilor, aparțin diferitelor studii cu validitate variabilă, care până acum în literatura de specilitate, au fost prezentate într-un mod sistematic (folosind fundamentări care nu sunt în afara criticii) ce au dus la următoarele concluzii la care s-a ajuns dintr-o cercetare ce uzita cele mai multe criterii de design (ideale) într-o taxonomie: randomizare; evaluare independentă; terapie efectuată de terapeuți comparabili, experimentali, care lucrează perioade de timp egale; grupuri experimentale bine potrivite și grupuri martori corespunzătoare. A rezultat următoare ierarhizare:

Care este mai bun?

- Psihoterapie vs tratament minimal sau fără tratament
- Psihoterapie vs psihoterapie de grup
- Psihoterapie limitată în timp vs nelimitată în timp
- Psihoterapie tip consiliere vs alte tipuri de psihoterapie
- Terapie comportamentală vs psihoterapie
- Medicamente vs psihoterapie
- Medicamente vs psihoterapie și medicamente
- Tratament medicamentos (iar,de ex., pentru astm/vs psihoterapie și tratament medicamentos)

Concluzia cheie este axată pe prioritățile punctajului de eficiență al modalităților psihoterapeutice, exceptând cazurile când psihoterapia este comparată cu tratamentul medicamentos minimal (considerat că este ceva mai bine) și când este asociată cu medicamente psihotrope (considerat a fi cel mai bine),care constituie un beneficiu pentru procesul de recuperarea a pacientului. Diagnosticele din studiile de mai sus, au fost asociate

pe multiple direcții, (adică depresiv, nevrotic sau schizofrenic, cu criterii de evaluare destul de cuprinzătoare) și astfel apare întrebarea dacă pacienții cu diagnostice diferite, răspund diferențiat la psihoterapie. Concluziile mai puțin consecvente cu exigențele științifice, sunt că psihoterapia comportamentală este adecvată în special pentru tratarea fobiei limitate, manifestărilor compulsive, tulburărilor de dinamică sexuale și tulburărilor de comportament în genere și că terapia cognitivă este eficientă în caz de depresie unde poate fi mai eficientă decât medicația antidepresivă în prevenirea recăderii în boală. De asemenea, în tratarea bulimiei, ea poate fi mai eficientă decât terapia comportamentală. Este foarte greu să determini sub raport cantitativ ameliorările determinate de terapia psihodinamică (psihanaliza și urmașele ei) - dar există triaje convingătoare cu privire la folosirea ei în vindecarea bolilor cronice, a celor psihosomatice, și a acelora care vizează o vindecare cu defect nul sau insignifiant. Astfel, fiindcă ele necesită un timp și un buget financiar crescut, multe instituții responsabile de asistența medicală se împotrivesc finanțării acestui tip de îngrijire. Se spune că pacienții cei mai adecvați pentru psihoterapie sunt persoanele TRAVIS (tinere, receptive, atractive, vorbărețe, inteligente și cu succes) concept denotativ derivat din sigla psihanalitică engleză IARVIS. Cercetarea de marketing profesional specific, confirmă aceasta, doar într-o oarecare măsură. Se știe că nivelul socio-economic scăzut, izolarea și moralitatea reprimată, corelează, toate într-un mod negativ, cu șansa ameliorărilor determinate de psihoterapiile tradiționale.

Probleme ale sistemelor de clasificare

- Nici un sistem nu poate fi la fel de bun în conducerea tratamentului pihoterapeutic și în exemplificarea deosebirilor psihoindividuale de bază. De exemplu, depresia cuprinde secțiunea diferențială nevroză/psihoză, iar hipomania conține comportamente atât afective cât și psihotice.
- Nu există un sistem de clasificare corect, ci numai unul mai mult sau mai puțin util.
- Nu toate categoriile de diagnostice nosografice au aceeași

	ȘCOALA TERAPEUTICĂ			
	Comportamentală	Cognitivă	Psihodinamică	Sistemică
Teoria patologiei	Simptomele se dezvoltă mediate de procese de învățare neadaptative	Simptomele sunt cauzate/ menținute de scheme și automatisme cognitive neadaptative (credințe eronate)	Problemele sunt în relație cu dezvoltarea timpurie (teoria fixării) deseori caracterizată prin diverse traume emoționale	„Nimeni nu este o insulă"; problemele sunt văzute ca parte a contextului psihosocial
Rolul terapeutului	Facilitează un proces de reînvățare activă	Ajută pacientul să exploreze sensul evenimentelor și să corecteze automatismele mentale greșite	Furnizează un mediu securizant pentru explorarea sentimentelor profunde și a felului în care ele afectează prezentul	Variază, dar deseori implică o muncă activă cu soțul/ soția, familia, persoane semnificative pentru client
Cum sunt determinate obiectivele terapiei	În mod normal (dar nu necesar) în colaborare cu pacientul	Într-o manieră colaborativă explicită, terapeutul este un supervizor al procesului de căutare al soluțiilor declanșat de pacient	Nu într-o manieră directivă, dar terapeutul este considerat „expert"	De obicei într-o manieră colaborativă, dar terapeutul utilizează diferite idei (deseori într-o manieră subtilă, care își are originea în teoria sistemelor)
Cum se produce schimbarea	Reînvățarea (conform principiilor învățării)	Noile înțelesuri, sensuri, produc noi stări afective și noi comportamente	Pacientul devine treptat mai puternic, prin dezvoltarea unor clarificări complexuale în cadrul relațiilor interpersonale	Intervenția sfârșește prin schimbarea aspectelor importante ale interacțiunilor din cadrul sistemului
Metoda de evaluare	Evaluarea schimbărilor comportamentale raportate de către pacient sau ceilalți	Schimbări în schemele bazale (postulatele cognitive centrale)	În mod tradițional prin studii de caz și supervizare indirectă, recente dezvoltări interesante	Supervizare „in vivo". Definirea și măsurarea sistemelor complexe necesită măsurări la „niveluri multiple"

valoare pentru aplicarea unui anumit tip de psihoterapie. Dacă un pacient care prezintă manifestări de schizofrenie (de ex. halucinații), se dovedește ulterior că prezintă psihoză organică (de ex. determinată de o tumoră cerebrală), diagnosticul de schizofrenie este subordonat de obicei categoriei diagnostice mai puternice, adică cea a bolilor organice. Aceasta este doar un exemplu „de ierarhie a importanței diagnosticului", în privința abordării psiho- terapeutuice, în care boala organică devansează schizofrenia și psihozele afective, care la rândul lor „devansează" nevrozele(toate acestea fiind provenite din maniera biologizantă a medicinei de a stabili tipuri de priorități).

Principiile de clasificare interesează pe psihologul practician cu privire la metodele care trebuie să le utilizeze în funcție de manierele de structurare ale tulburărilor psihice pe care le prezintă pacientul și în funcție de alte imperative legate de procesul de vindecare. În general se optează categorial pentru modalități psihodinamice, comportamentale sau cognitiviste.

Principiile generale ale psihoterapiei

Pentru psihologii clinicieni așa cum adesea se afirmă, psihoterapia conține foarte multe ipoteze care nu au fost supuse unei validări științifice, experimentale. Aceasta se datorează mai ales faptului că relația terapeutică presupune intervenția unor variabile psihologice care nu pot fi măsurate din punct de vedere experimental. Este deci dificil să se aplice un studiu evaluativ asupra psihoterapiei, bazat pe metode științifice. De aceea de cele mai multe ori descrierile tehnicilor terapeutice reflectă în fapt valorile personale și convingerile observatorului sau practicianului în acest domeniu, denotându-se prin aceasta că atitudinile clinice sunt mai mult pragmatice și empirice decât stricto-sensu științifice. De aceea psihoterapia a fost și este privită mai mult ca o artă decât ca o știință. Se poate considera abilitatea de a stabili o relație terapeutică cu pacient ca fiind o performanță artistică deoarece ea depinde de factori de personalitate pe care unii terapeuți îi posedă într-un grad mai mare decât alții. Totuși anumite principii de bază trebuie aplicate în psihoterapie, la fel ca în oricare altă artă. Fără respectarea acestor principii, chiar și

capacitățile artistice cu disponibilitățile lor înăscute ar fi insuficiente. Un factor care face dificilă studierea exclusiv științifică a metodelor psihoterapeutice este faptul că ele au fost concepute și sunt aplicate în moduri pur personale, existând, ca în oricare altă artă, un stil personal specic doar celor ce le aplică. Dar, la fel ca și cei ce se inițiază în arte, viitorii specialiști ce se formează pentru psihoterapie studiază principii și tehnci generale, cum ar fi: conducerea interviului inițial, stabilirea unei relații cu pacientul, determinarea dinamicii nevrozei, promovarea activității în schimbarea terapeutică și încheierea terapiei. Ei vor învăța mai mult observând cum realizează aceste lucruri psihoterapeuții experimentați. Apoi, la fel ca artistul, ei vor activa sub supravegherea unui specialist supervizor, conștientizând deficiențele și greșelile pe care le face. Pe măsură ce acumulează

TERAPII PSIHODINAMICE	TERAPII COMPORTAMENTALE ȘI COGNITIVE
Centrate mai ales pe trecut sau pe relația dintre trecut și prezent	Centrate mai ales pe „aici" și „acum"
Orientate spre retrăirea și comprehensiunea unor elemente importante ale istoriei personale	Orientate spre dobândirea unor noi competențe în confruntarea cu problemele actuale
Terapeut neutru	Terapeut interactiv
Terapeutul oferă puține informații specifice despre tulburări și terapia relațiilor	Terapeutul oferă informații specifice despre tulburări și terapie
Obiective și durată neprecizate	Obiective de durată determinate
Obiectiv principal: modificarea structurii psihice adiacente (ceea ce va permite modificarea simptomelor	Obiectiv principal: modificarea simptomelor și conduitelor (ceea ce va permite modificarea unor structuri psihice profunde)

experiența ei vor adapta metoda la propria lor personalitate, dezvoltându-și un stil propriu de psihoterapie. Atunci vor urmări în continuarea principiile și tehnicile de bază, dar într-un mod specific.

În mod practic, psihologul are de optat între factura simptomelor și tulburărilor psihice care sunt structurate predominant asociativ și atunci va aplica o abordare de model psihodinamic sau factura simptomelor și tulburărilor psihice care sunt structurate predominant operațional când va apela la abordările de model comportamental și cognitiv. Prezentăm în continuare o distincție între aceste două tipuri de abordări.

Psihodinamica schimbării terapeutice

Lewis R. Wolberg, M. D. precizază că atunci când apelează la psihoterapie, marea majoritate a pacienților sunt confuzi și speriați de ceea ce li se întâmplă. Simptomele lor li se par mai mult sau mai puțin disociate de manifestările habituale, ale vieții de zi cu zi. Orice pacient deci, este mirat când psihologul clinician investighează și alte aspecte ale experierilor sale pe care el le va considera irelevante pentru problemele sale. Fără să-și dea seama că simptomele sale reflectă conflicte profunde, inconștiente, el mai totdeauna așteaptă rezultate rapide de la psihoterapie. Pacientul urmărește însă să rețină modurile standard de a face față anumitor persoane sau situații care consideră el că sunt responsabile pentru simptomele sale, neacceptând faptul că acestea ar putea fi produsul modului său deformat de a privi viața.

Pacientul așteaptă deci un ajutor imediat, la fel cu cel solicitat unui medic sau jurist "perspicace". Este necesar, prin urmare, ca psihologul să fie foarte perseverent în a-i demonstra pacientului că simptomele sale se datorează unor situații de viață care implică atitudinile sale față de oameni, ca de altfel și propria apreciere de sine. Doar când pacientul acceptă principiul corelației dintre simptomele și conflictele sale, el va deveni capabil să-și abandoneze speranțele neraliste la o imbunătățire imediată a stării sale.

Curând pacientul va înțelege că simptomele sale depind de problemele sale de zi cu zi și de dificultățile pe care le are în

relațiile interpersonale. Conștientizarea acestor fapte va tinde să-i abată interesul focalizat pe simptome, realizându-se astfel un prim și important pas în psihoterapie.

A-l face pe pacient să înțeleagă aceste lucruri poate fi de cele mai multe ori o inițiativă prea ambițioasă. Pacientul este obișnuit cu sine și cu propriile trăsături și atitudini. El poate să accepte greu faptul că acestea nu sunt o parte normală a vieții sale. Aproape toți nevroticii consideră că patternurile lor de viață sunt, probabil, universale.

O astfel de atitudine reprezintă o puternică rezistență la schimbare. Pacientul poate să nu își dea seama că el își proiectează atitudinile și criticile, fără nici o bază reală și actuală. Totuși, pe parcursul psihoterapiei el poate să înțeleagă ca ceea ce el considera ca fiind normal, de fapt este neobișnuit.

Cea mai bună cale de a-l face pe pacient conștient de problemele sale este retrăirea lor în cadrul situației psihoterapeutice. Uneori pacientul manifestă față de terapeut aceleași impulsuri nerezonabile ca și cele din relațiile sale anterioare. De obicei el nu este conștient de motivele răspunsurilor sale irațională cum ar fi: dezvoltarea unor atitudini ostile, dezacordul și respingerea terapeutului. Astfel, terapeutul devine acum ținta tendințelor sale nevrotice când cel mai adesea, pacientul se poate autovictimiza. El se poate lupta cu nevoia de a se victimiza și ajunge în situația de a-l critica pe terapeutul său. El se mai poate identifica cu terapeutul și astfel îl poate ataca în fanteziile sale, sau verbal, sau prin acte agresive. Alteori poate fi inhibat sau pur și simplu paralizat în relațiile sale și să își ia sute de precauții în exprimare pentru a nu-și ofensa psihoterapeutul. El se poate întrece concurențial cu psihoterapeutul său,sau poate încerca să-l epateze. El, efectiv, își poate înfrânge individualitatea doar dacă simte că terapeutul ar fi un bun protector pentru el. El îi poate respinge intruziunile în ambițiile și fanteziile lui persoanle și poate ajunge să-i exprime ostilitate deschisă sau deghizată.

Aceste atitudini sunt chei importante spre conflictele pacientului și când ele sunt conștientizate, îi permit pacientului să le înțeleagă în timp ce le reexperiază. Astfel el își poate monitoriza patternurile reacționale în reacțiile defensive și

rezistențe, ajungând să-și priceapă mecanismele inconștiente și motivațiile de la baza lor.

Identificându-și conștient aceste patternuri, pacientul poate fi surprins și le poate întâmpina cu rezistență deorece patternurile sale adaptative bazale au fost schimbate. Nevroza a adus totuși și un anumit beneficiu pacientului, pentru că simptomele nevrotice au avut un scop protectiv în mintea pacientului. Conștientizându-le, acestea determină acum inconveniente chiar mai mari decât înainte.

Forma rezistențelor sale va depinde de tipul defenselor pe care pacientul le folosește de obicei pentru a întâmpina pericolul său subiectiv. El se poate simți neajutorat, disperat sau ostil. Din acest moment el poate să înceapă să-și uite angajamentele stabilite prin contrctul terapeutic, sau să aibă sentimentul că este un om neînțeles. El poate deveni depresiv și se poate plânge de sănătatea sa, prezentând chiar și simptome fizice. Dar de cele mai multe ori, el se poate îndoi de pregătirea sau convigerile politice ale terapeutului.

Se pare că pe parcursul psihoterapiei, pacientul nu dorește să se vindece complet. El ar vrea foarte mult o soluție magică de la psiholog, vrând să-și mențină în același timp, și nevroza. El vrea în același timp să fie dependent dar și puternic și sigur pe sine.Sau vrea să se desprindă, să-și mențină libertatea, dorind să stabilească în același timp și relații gratificante cu ceilalți. El va respinge încercările psihoterapeutului de a-i schimba modul de viață și va ridica piedici în calea procesului terapeutic.

Contrabalansarea rezistențelor și respectul pentru opiniile terapeutului sunt valorile pe care pacientul le investește totuși în relația sa psihoterapeutică. Folosind aceste avantaje, psihologul va încearca să-i înfrângă rezistențele, interpretând permanent pacientului conținutul, manifestarea și funcționarea lor. Interpretarea defenselor sale îl duc pe pacient la o înțelegere graduală a conflictelor și trăsăturilor sale de caracter precum și a satisfacțiilor neadecvate pe care le obține din nevroză. Astfel el învață să își aprecieze fricile inconștiente și să-și stăpânească anxietățile care au făcut necesară conduita sa defensivă și care l-au adus în situația de a fi terapeutizat.

Înțelegerea faptului că răspunsurile sale nu sunt justificate de realitatea cotidiană și că își au originea în opiniile sale greșite, reprezintă un pas important în procesul vindecării pacientului. Se crează astfel dorința de a explora cât mai adânc și de a înțelege originea impulsurilor și a atitudinilor sale. Pacientul își dă seama că patternurile sale au o istorie care merge în urmă până la experiențele din copilăria timpurie. Condițiile traumatice centrate pe hrănire, deprinderile de toaletă, curiozitățile sexuale, nevoia de aprobare și de status precum și alte nevoi biologice și sociale importante, sunt descoperite ca fiind cauzele provocatoare a defenselor sale curente. Pacientul își dă în acest fel seama că atitudinile sale față de lume se datorează experiențelor timpurii când nevoile de afecțiune dar și cele agresive au fost inhibate sau exprimate distorsionat. El își dă seama conștientizând acum că patternurile manifestărilor prezente se explică în lumina expectațiilor sale arhaice. Prin intermediul interpretării fanteziilor, viselor, verbalizărilor și tendințelor comportamentale, pacientul poate fi capabil să-și amintească sau să-și reconstruiască experiențele din copilăria timpurie și care i-au determinat nesiguranțele și conflictele.

Uneori, pacientul va reitera, în relația cu terapeutul, cele mai traumatice experiențe timpurii sau atitudini arhaice și sentimente manifestate odinioară față de părinți sau rude. Asemenea manifestări transferențiale reflectă din perspectiva psihologiei clinice experiențele pe care pacientul nu le-a rezolvat când era copil și care, acum, sunt responsabile pentru anxietățile și deviațiile sale caracteriale. Datorită permisivității specifice situației psihoterapeutice, acestea sunt reexperiate fără o mare anxietate și de aceea pacientul este în această fază, capabil să-și recreeze simbolic, situațiile traumatice timpurii și să le înfrunte cu realism.

În acest mod se naște dorința pacientului de a-și schimba modul de viață. Anxietățile și patternurile reacționale precum și modurile de relație sunt în acest context, reevaluate și sentimentul său de siguranță se întărește. Trebuințele sale bazale se vor elibera de anxietatea care inițial le împidicau manifestarea într-o manieră liberă și autentică.

Acest proces poate fi împărțit în două faze:

• Prima implică un proces de descoperire pe parcursul căruia pacientul devine conștient de impulsurile, fricile, atitudinile și amintirile lui care îl împidicau să stabilească relații constructive cu ceilalți.

• Cel de-al doilea aspect este remodelant și constă în elaborarea unor noi patternuri adaptative interpersonale pentru că reintegrarea socială nu survine niciodată imediat. Acesta este un proces de recondiționare comportamentală lentă necesitând stabilirea unor noi obiceiuri și patternuri reacționale necesare pentru a le înlocui pe cele vechi, distructive.

Durata fazei de descoperire depinde de cît de mult este capabil individul să-și tolereze anxietatea. Pe parcursul psihoterapiei, forța eului său crește și se vor dezvolta relații pozitive cu terapeutul. El mai manifestă totuși rezistențe față de terapeut care sunt de fapt o formă de defensă împotriva propriilor manifestări pulsionale. Aceste rezistențe trebuiesc îndepărtate cât mai rapid, înainte ca pacientul să înceapă a manifesta sentimente și atitudini conflictuale.

Faza remodelantă a psihoterapiei este de obicei, chiar mai lungă decât prima deoarece vechile patternuri comportamentale ale pacientului sunt înlocuite încetul cu încetul. Pacientul luptă cu disperare să se agațe de atitudini și scopuri habituale. Unele rezistențe se manifestă un timp îndelungat, până când își înțelege în profunzime propriile tendințe și impulsuri.

Progresiv, în pofida rezistențelor, o schimbare remarcabilă se produce indiscutabil în comportamentul pacientului. Cu toate că patternurile nevrotice anterioare îi dispar, umbrele lor persistă încă și reînvie din când în când. Este ca un fel de balanță care se mișcă încet de la vechile moduri stabile dar nevrotice de viață, la cele noi nedezvoltate încă în mod complet.

Dezvoltarea în continuare a procesului de consolidare a efectelor psihoterapeutice, determină progresiv recunoașterea de către pacient a incongruențelor vechilor sale tendințe. El va începe să le privească drept elemente iraționale și încearcă să le elimine din viața sa. Prin urmare începe astfel o luptă între dorința de schimbare și forțele dinamce care rezumă vechile sale acțiuni

nevrotice. Deci, după o anumită perioadă de timp va apare o schimbare remarcabilă în dinamica internă a persoanlității pacientului. Impulsurile obișnuite care, inițial funcționau compulsiv și erau acceptate ca o parte inevitabilă a vieții sale, sunt acum respinse din egoul său. Chiar dacă ele mai apar din când în când, eul său le respinge. Concomitent, se produce o restructurare a relațiilor interpersonale, o reintegrare în realitate, în sine și în experiențele trecute. Semne ale abandonării patternurilor compulsive sunt un sentiment de linște interioară, fericire, securitate și absența suferinței nevrotice. Aceste câștiguri servesc și la formarea unor rezistențe față de vechile atitudini nevrotice atunci când acestea tind să orienteze forțat individul spre vechile acțiuni maladaptative.

Astfel pacientul obține încredere în sine, își să seama că are dreptul să aleagă , să decidă, și să-și stabilească propriile valori și scopuri. Pe măsură ce eul pacientului se întărește supraeul își pierde forța entropică și tiranitatea. În final, pacientul nu mai are nevoie de ajutorul psihoterapeutului, deoarece viața însăși devine o arenă în care el își poate gratifica trebuințele care, înainte erau refulate.

Sintetizând se poate spune că prin verbalizare, pacientul devine conștient de forțele care produc simptomele sale și impiedică o adaptare satisfăcătoare. El începe să schimbe aceste patternuri și să le înlocuiască cu altele care să-i gratifice trebuințele biologice și sociale. El câștigă astfel o mai bună capacitate de relaționare și de a-și exprima impulsurile într-o manieră cultural acceptată. Rolul psihologului în acest mecanism este acela de agent care catalizează schimbarea, ajutându-l pe pacient să-și înfrângă rezistențele care îl împiedicau să ajungă la o sănătate emoțională.

Secvențele tratamentului psihoterapeutic ar pute fi următoarele:

• Pacientul, îngrijorat de simptomele sale, inițial elaborează un discus verbal referitor la ele.

• El discută sentimentele care-l deranjează și care sunt asociate cu simptomele sale.

• El își dă seama că sentimentele sale se leagă de anumite insatisfacții din mediul său și sunt condiționate oarecum de o tulburare misterioasă care își are originea în interiorul lui.

• Cu aceste sentimente el își va recunoaște patternurile comportamentale care îi produc frustrație și faptul că ele sunt repetitive, compulsive și chiar automate. Curând el va conștientiza că o parte din aceste patternuri sunt răspunzătoare pentru sentimentele sale deranjante. Acest fapt îl determină să se îndoiască de valoarea lor.

• Pe măsură ce realizează cât de nesatisfăcut este de impulsurile și comportamentul său, el începe să încerce să oprească acțiunea lor. Își dă astfel seama că ele persistă în ciuda voinței sale.

• Află astfel că în acest context comportamentul său are o funcție de un anumit fel care nu cedează ușor

• Explorându-și patternurile comportamentale, el realizează că acestea au o lungă istorie, provenind din atitudini care își au originea în relațiile sale timpurii cu părinții.

• Pe parcurs el recunoaște că este guvernat de impulsuri și sentimente pe care le avea și când era copil. Își dă seama că transpunând aceste atitudini în viața lui prezentă, el reacționează la oameni ca și cum ar fi reprezentanți ai părinților sau rudelor sale.

• El începe să schimbe progresiv atitudinile, să-și inhibe patternurile automatice și repetitive, stăpânindu-și anxietatea. El se schimbă și în relația terapeutică, mai ales în privința atitudinilor față de terapeut.

• El începe să spere că nu este o persoană slabă așa cum era în imaginea sa, că de fapt are valoare și integritate, că are nevoie să nu fie frustrat în exprimarea trebuințelor lui și că poate relaționa în mod fericit cu oamenii.

• Acest fapt îl determină să respingă tot mai mult patternurile de viață pe care le folosea de obicei și care sunt produsul unor sentimente devaluate față de sine și a unor frici devastatoare de mediu.

• Începe să experimenteze noi modele de comportament care sunt motivate de o concepție diferită despre sine ca persoană.

• Obținând gratificări din aceste noi patternuri, devine din ce în ce mai capabil să se elibereze de vechile scopuri și stiluri de acțiune.

• Câștigând forță se produc schimbări sănătoase în sentimentele sale de securitate, stimă de sine și în atitudinile față de alții.

• El se eliberează tot mai mult de atitudinile și anxietățile legate de experiențele trecute. Privește viața ca o ființă umană capabilă de a obține satisfacții pentru tendințele și trebuințele sale personale și ca o ființă socială care participă la viața comunitară și contribuie la bunăstarea grupului.

Elemente monografice ale principalelor modalități psihoterapeutice

Terapia modificărilor de somn

Teoria somnului

O encefalogramă a somnului ne poate evidenția o activitate cerebrală redusă, dar cu succesiuni rapide de unde de o frecvență de aproximativ 13 Hz care permite să se distingă fazele de somn, mergând de la starea de semisomn, până la cea de-a patra de somn profund.

Există 4 teorii care încearcă să explice de ce are nevoie omul de somn.

• Teoriile restaurației ce văd în somn regenerarea funcțiilor vitale, prin introducerea de perioade de inactivitate recuperativă, care permit acumularea de forțe "noi".

• Teoriile adaptării ce pleacă de la modificările periodice ale mediului (oferta de mâncare, lumină etc) care atrag diferențe de adaptare între somnul diurn, nocturn și cel hibernal.

• Teoriile inhibiției protectoare consideră că rolul somnului este de a asigura protecție contra excitației permanente a celulelor nervoase, care nu se refac.

Somnoterapia

•Privitor la terapia somnului se disting două grupe principale: terapii care se aplică direct somnului perturbat și terapii care încearcă tratarea tuburărilor de altă natură (de exemplu stres) care se repercutează negativ asupra somnului normal.

• Somnoterapia, vizează trei domenii:

a. analiza modului de viață ce permite depistarea unor obiceiuri nefaste pentru somn (ex. obiceiuri alimentare) care trebuie întrerupte

b. situația somnului unde se au în vedere nenumărați factori condiționali: probleme existențiale, probleme de locuință etc.

c. modalitățile de adormire au în vedere atitudinea generală față de locul de dormit și modul în care se încearcă adormirea, evidențiindu-se avantajele psihofiziologiei.

• Cura de somn este în general, tentativa de a prelungi durata somnului.

Pentru o cură de somn se crează un mediu sărac în stimuli ("buncăr de somn"), în care somnul nu este întrerupt pe durata a mai multor zile sau săptămâni decât pentru câteva nevoi esențiale legate de alimentație și igienă. Deoarece nevoia de somn este satisfăcută în exces, somnul se transformă într-o somnolență continuă.

• Terapia operantă utilizează metode de susținere a somnului. În terapia somnului prin reflex condiționat se declanșează somnul ca o reacție necondiționată (inițial cu ajutorul medicamentelor, iar apoi prin însoțirea lui de un stimul condiționat (de exemplu o muzică dulce) pe care un antrenament îl transformă în reflex condiționat declanșând o stare durabilă de somn.

Cleinsorge (1958) subliniază utilitatea terapiei somnului cu privire la funcția sa de "perioadă de restaurare" intensivă: este vorba de o terapie a mediului înconjurător, unde începutul este declanșat de pacient în mediul lui obișnuit pentru a-l plasa apoi într-un mediu total diferit de habitatul normal și de persoanele cu care el a trăit.

De fapt se presupune că diferitele terapii ale somnului, se pot combina cu alte procedee cum ar fi hipnoza sau trainingul autogen. După aceeia se practică chiar privarea de somn pentru a combate depresia (Schulte, Tolle).

Psihologia visului

Visul a fost întotdeauna considerat ca ceva misterios și a fost studiat din diferite perspective. Aceasta pentru că mai mult se evita visul ca o temă specifică așa cum pevedea prin definiție psihanaliza. Dar în ultimele decenii sa reluat studiul său din diferite direcții de fundamentare teoretico-aplicativă.

Teoria visului

Primele experiențe asupra visului au fost practicate de la mijlocul secolului XIX (Kohlschutter) sub formă de privațiune

experimentală de somn. Somnul era întrerupt deîndată ce se sesiza faza REM(cu mișcări oculare rapide) de o sonerie și se proceda la un interogatoriu psihologic sistematic asupra ce s-a visat.

Experimentele actuale privesc în principal studiul undelor cerebrale, a mișcărilor oculare în timpul somnului și a descrierii fenomenelor corespunzătoare. Asfel s-a putut determina periodicitatea visului (suită fazică la fiecare cinci secvențe onirice în perioada de somn).

S-a dezvoltat o descriere de conținut și anume de când Freud(1900) a introdus interpretarea viselor în terapie, el considerând visul ca și o "cale regală" de acces la inconștient. El distinge expresia *manifestă* a ceea ce realmente s-a visat și gândirea *latentă* a visului (enigmatic).

La trezire, visul apare ca o "realitate inautentică" (Heiss), dar în timp ce visăm ca o realitate fizică puternic emoțională (70%), adesea dezagreabilă (75%), majoritar visualizat(80 %) paralel cu alte domenii senzoriale mai puțin frecvente. În mod particular, în câteva vise foarte rare, lucide, se poate realiza subiectiv impresia că se visează.

Diferitele teorii ale visului consideră conținutul visului fie ca reprezentare imaginată accidental, fie ca simboluri care trimit la semnificații stabile. Majoritatea cercetătorilor optează pentru ipoteza că ambele variante sunt plauzibile mai ales pentru teoriile psihologice ale seriilor de impulsuri dezordonate legate de regiunile cele mai profunde ale creierului care sunt responsabile de vis, dar cum ele sunt coordonate de regiunile superioare pentru a forma complexe de imagini au ca rezultat"dorința de semnificație" a subiectului care poate fi accidentală cât și tipică.

Pentru școlile de psihologie abisală, visele pot fi fructul unei transpoziții individuale realizate la nivelul inconștient individual sau pot fi alimentate de un "inconștient colectiv" (C. G. Jung).

Diagnoza visului

Pentru a putea măsura trăirile onirice individuale ar fi nevoie de un standard evaluativ transindividual, dar studiul său nu este întotdeauna obiectiv. Durata medie a visurilor depinde de vârstă. Pentru un bebelaș diagrama indică 17 ore de somn cu părți de vis importante. Pentru vârstă medie se estimează partea de vis la

ceea ce face ca utilizarea terapiilor medicamentoase să fie extrem imprecisă, sau nespecifică. Se critică deasemenea faptul că pacientul devine dependent de medicament, reducâdui-se astfel potențialul său de autovindecare.

Psihoterapia biodinamică

Terapiile corporale nu sunt singurele terapii dar sunt printre cele mai vechi(de exemplu Tai-chi-chuan-ul chinezesc care reapare în secolul XII); ele sunt, de asemenea, dintre cele mai numeroase. Frontierele lor în raport cu gimnastica și cu sportul sunt greu de trasat. Alături de procedee foarte simple ca terapia prin holding a lui Tinbergen (îmbrățișarea prelungită a copiilor autiști), sunt și procedee mai exigente ca de ex.eutonia lui G.Alexander (autoexperimentarea propriului corp), sau rolfing a lui Ida Rolf (corectarea posturilor automatice vicioase). Oferim un singur exemplu scos din această galerie: derivată din Orgon-terapia, controversată, s-a propus după Wilhelm Reich, o altă formulă (terapia prin nuditate destinată eliberării nevoilor libidinale, exploziile fizice contra "cuirasei caracteriale",cu unele considerații din domeniul psihofiziologiei).

Bioenergia lui Alexander Lowen este o versiune redusă la trei aspecte:

- în cursul vieții fiecare își creează stări de tensiuni fizice și psihice care trebuie identificate dacă sunt pozitive sau negative
- există o erupție violentă a zonelor crispate
- sprijinul terapeutului permite atingerea aspectelor plăcute și relaxante ale vieții corporale și de a-i da în final o formă judicioasă.

Biofeed-back

Este o psihoterapie corporală cu ajutorul aparatelor indicatoare perceptive și în general, este folosită pentru combaterea stressului. (prevenirea stresului sau terapia contra consecințelor stresului).

Stresul este un fenomen complex, situațiile personale ca probleme repetate, situațiile excepționale și obiceiurile rele antrenează dezorientarea și angoasa.Este necesar a se sparge cercul vicios format de descărcarea de adrenalină, vasoconstricție, hipertensiune arterială, tulburări cardiace și apoi stimularea unor zone cerebrale (hipotalamus, talamus, cortex), care iarăși

determină stres.

Se impune deci un repaus care nu trebuie să fie doar fizic ci și psihic, în final obținându-se relaxarea totală a sistemului mai sus amintit. Informațiile sunt furnizate tehnic prin aparate electrice.

Se măsoară tonusul muscular (EMG) și starea tensiunii mușchilor; aceste informații vor fi trecute prin mai multe transformatoare după care se informează clientul. Datorită acestei "proteze electronice" (Vaitl) controlul tonicității somatice poate contribui la liniștire.În cazuri extreme, se ajunge la simularea liniștirii psihice (de exemplu diminuarea sinelui prin șoapte înregistrate prin intermediul căștilor) până ce starea de liniștire anticipează temperarea sinelui aproape la tonalitatea sistemului dat și dă clientului o ușurare.

Grupurile de terapii corporale s-au lărgit considerabil în ultimul timp. Există patru direcții în terapia corporală:

- *controlul corporal* .Metodele "motologice"(analiza mișcării) de M. Goldberg, care vizează o modificare a imaginii mișcării corporale.
- *antrenarea funcțiilor senzoriale.* Anumite domenii senzoriale cum ar fi olfactivul de exemplu, sunt mobilizate pentru a ridica sensibilitatea psihologică, mai ales în cazul aromoterapiei a lui J. Valnet.
- *experiența corporală* . Buclă retroactivă de trăiri corporale pentru a ridica conștiința de corp
- *funcționări corporale particulare.* Puse în valoare de anumite performanțe particulare a corpului, cum ar fi respirația, de exemplu breathing-ul lui M. Proskauer.

Terapia comunicațională și a limbajului

Este dificil să se fixeze un început al apariției limbajului în filogeneza ființei umane (100-200 mii ani după Clairborne, 1978). Cu siguranță a fost necesar un foarte lung proces evolutiv pentru ca un mic număr de semnale fonice să devină lungi fraze cu expresii semnificative și abstracte. Exemplele de scris cele mai vechi nu sunt anterioare mileniului IV Î.H.

Comunicările verbale contribuiau și contribuie inaparent și

cert la participări limitate, la transmiterea și la recepția moștenirii culturale și la maturitatea culturală spirituală a ființei umane.Cel care sufererea de tulburări de vorbire este mai mult sau mai puțin privat, în funcție de garvitatea tulburării, de o condiție fundamentală necesară autorealizării.

Dezvoltarea limbajului

Dezvoltarea individuală (ontogeneze) a limbajului are asemănări cu filogeneza sa.

• Strigătul nou-născutului, primele nuanțe ale sentimentului începând cu a șasea săptămână de viață, primele gângureli ,constituie *sfera primară* a limbajului presupunând o buclă de retroacțiune motrică și kinestezică (experiența trăită a mișcării).

Sfera secundară implică componente acustice, modulații ale sunetelor autoproduse.

Sfera terțiară cuprinde sunete produse de anturaj și care sunt imitate.

• Scrisul a cărui practicare apare mai târziu, depinde în paralel de limbajul oral,partea dreaptă a sferii stângi dominante a creierului care comandă mâna în relație cu centrul motor (aria lui Broca) și senzorial aria lui Wernicke a limbajului.

Ortofonia

Mai mult de 70 de grupe de mușchi sunt implicate în procesul vorbirii. Pentru a ajunge la o deplină maturitate a vorbirii, trebuiesc condiții fizice, mergând de la stocarea informațiilor verbale până la experimente psiholingvistice. Cele mai importante tulburări de vorbire sunt bâlbâirea, parafrazarea (pronunție incorectă de silabe și cuvinte), tulburări de coordonare a vorbirii,(de exemplu vorbitul precipitat) tulburări de articulare(anomalie patologică dată de o deficiență a aparatului fonator), agnozia de expresie(cuvintele sunt auzite dar nu sunt înțelese),afazie (pierderea vorbirii), disartria (pierderea trăsăturilor distincte ale limbajului), afonia (pierderea vocii), logoreea(abundență excesivă de cuvinte și incoerență).

Pentru a elimina aceste tulburări se folosesc foarte multe metode. Ortofonia (logopedie) - corectarea vorbirii presupune o pregatire deosebită și două tipuri de tratament:

absolut omului onest, chiar în cazurile în care o certitudine absolută nu este posibilă dar unde, din păcate, divergențele de opinie intră în joc. Dar această eficiență trebuie obținută datorită reprezentării discursive și este folositoare dacă nu rezultă dintr-o opinie preconceputâ despre dispoziția etică a oratorului."

Terapia comunicațională

Nu există nici o îndoială că multe din tulburările psihice sunt cauzate de relațiile de parteneriat și deci de intercomunicare. Astfel se poate înțelege motivele de ce se constituie un grup de psihoterapeuți care impun comunicarea din sânul unei relații de parteneriat, în centrul intervențiilor lor.

Există două grupe de teorii.

• Unele studiază, formal și descriptiv formele relațiilor dintre parteneri.

• Altele se ocupă, global și ideografic de spiritul comunității, căruia membrii i se supun, de îndată ce ei sunt împreună.

Terapia comunicațională are două direcții.

Tulburările de comunicare

Watzlawick și alți autori(1971) disting cinci principii de comunicare cărora le corespund tot atâtea posibilități de tulburări psihologice.

• Cum orice comunicare este supusă unei"determinări circulare", (conexiuni de relație), este evident că non-comunicarea nu există. Deci refuzul comunicării, la nivel interpersonal, constituie o primă tulburare psihologică. Nu se poate să nu comunicăm.(a se spune sau a se retrage ceea ce se spune).

• Orice comunicare are două nivele: cel de conținut și cel al expresiei în cadrul relației.

Iată o scenă conjugală extrasă de terapeut: un bărbat își invită prietenul, după ce acesta îl rugase prin telefon să îl lase să petreacă noaptea la el. Deși soția lui a reacționat ca și el (planul conținutului) ea se plânge că nu a fost consultată pentru această decizie(planul relației). Soții nu văd că aceasta privește relația lor și nu invitația.(care era totuși obiectul problemei)

• Într-o ceartă, nu există "debut" (când a început) căci fiecare poate găsi pe rând o cauză anterioară.

• *receptiv* - imitarea sunetelor pronunțate

• *activ* - articularea sunetelor este favorizată cu mâna sau cu instrumente (ex. sondă).

Procedee de feed-back

• Când se reproduce propriul cuvânt auzit prin intermediul ascultărilor în căști cu o întârziere de fracțiune de secundă, feed-back-ul permite o ameliorare a bâlbâielii (efectul Lee; B.Lee, 1951).

Se utilizează procedee analoage,ca repetiția unei înregistrări pe o bandă magnetică (shadowing), cuvântul în cor (metodă unison), camuflajul cuvântului (bruiat constant în căști)

• Prin metode operante se pot trata handicapurile de atac (pull-out) dar și cele prin mijloace de intervenție paradoxale de exemplu (bâlbâiala intenționată).

Se poate, de asemenea, lupta contra angasei de limbaj prin desensibilizare sistematică (metodă progresivă realizată prin intermediul reprezentărilor lingvistice).

Antrenarea vorbirii

Printre noile metode se enumeră și cele legate de modelarea psihosocială a limbajului (von Riper), care stabilește că tulburările vorbirii depind și de motivație. Există un mare număr de procedee care favorizează nevoia de contact verbal, plăcerea de a se exprima, dispoziția multidimensională la comunicare, experiențele succesului în și prin comunicare.

Această ultimă apreciere în particular, este realizată prin procedeele favorizante de autoafirmare și conduc la o "psihoterapie prin eveniment-reducție" (Wittling). Antrenarea limbajului în cadrul psihosocial implică în terapie un grup de subiecți suferind de aceleași tulburări. Exercițiile au loc în două etape. (Benesch). După exerciții vocale destinate să ajute "instrumentului" vorbirii, se lucrează câteva principii de formulare (ex. descrierea unor obiecte și apoi câteva teme abstracte). În cadrul exercițiilor de vorbire propriu-zise, se recurge apoi la procedeele care existau încă din antichitate. Iată ce spunea Aristotel "Dispoziția etică este eficientă doar la reprezentarea prin cuvânt și este cea care îl face pe orator credibil, ceea ce ne face în particular să dăm credit

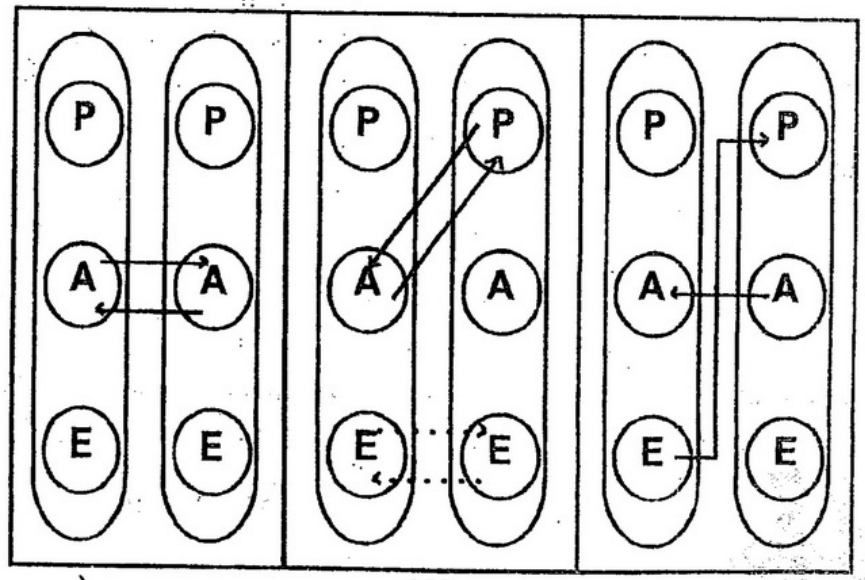
• Comunicările pot fi digitale sau verbale(de exemplu un compliment) sau analogice, cum ar fi cele nonverbale(de exemplu oferirea de cadou). Confundarea acestor tipuri de comunicare poate da naștere la neînțelegeri..

• Comunicarea este conformă cu specificul relațiilor interpersonale existente între cei ce comunică. Relațiile simetrice sunt relații de la egal la egal, iar în relații de complementaritate partenerii se completează. Atunci când se dorește, în fiecare caz de structură opusă de tip comunicațional, problemele se pot rezolva.

Analiza tranzacțională

Fondată de Eric Berne, are ca punct de plecare în interacțiunile sociale fiind o variantă socială a modelului topic elaborat de Freud: un eu-copil (E) face față unui eu-adult (A) și unui eu-părinte (P).

Fiecare persoană deci, posedă trei euri: poți reacționa ca un copil, ca un adult sau în funcție de supra eu, ca părinte. Astfel deci, relațiile sunt "cu dublu fond"... și dificil de înțeles. Când o femeie spune soțului ei: "de câtva timp ai reînceput să mănânci foarte mult"(nivel adult), el poate reacționa astfel: "încetează să mă mai educi, trebuie tot timpul să faci ca mama?"(nivel de copil,



interpretat de la nivel de părinte).

Tulburările se manifestă când relațiile nu sunt paralele (2) ci încrucișate(ca 3).

Terapeutul trebuie să descâlcească aceste încrucișări, (de exemplu ritualuri de șantaj reciproc de tipul"dacă tu nu,...") să le explice și să le preschimbe în relații paralele. Pentru aceasta este necesar ca persoanele să elaboreze un "script de viață" (despre orientări) și să se focalizeze asupra acestei analize de "scrisoare".

Comunicarea terapeutică (Gregory Bateson)

Pentru acest grup specific intersubiectiv, terapeutul se găsește vis-a vis cu partenerii de cuplu, într-un raport de meta-comunicație, ceea ce înseamnă că este inclus în diada relațională și îi este ierarhic superior, dacă poate introduce "metareguli". Regulile se raportează atât liniilor duble (double-binds) cât și paradoxurilor.

Liniile duble (meta) sunt comunicări care împiedică atingerea scopului desemna cum este de ex.dacă cineva cere " fii spontan", aceea persoană nu mai poate reacționa spontan. Este o formă de intervenție paradoxală pe care Victor E. Frankl a introdus-o în logoterapie, când terapeutul reîntoarce ordinele sale. Concret este vorba de prescrierea către client a comportamentului care conduce la manifestarea tulburarării psihice, plecând de la ipoteza că spontaneitatea riscă să se piardă și că aceasta permite să se facă să dispară comportamentul anormal. Watzlavick a scris despre acest subiect:

"Călcâiul lui Achille în intervențiile noastre, este în mod natural, necesitatea de a conduce pe cineva la adoptarea cu succes a comportamentului prescris".

De aceea s-a ajuns la un "pact diabolic" care obligă clientul să-și mențină comportarea care declanșează tulburarea psihică, ceea ce poate avea ca rezultat dilema curativă a acestei terapii, adică eliminarea factorului determinant mal adaptativ din comportament. Acest grup conține o serie de procedee relaționale care furnizează programe de antrenament ce pot fi interpuse între starea existentă și cea dorită, a relației psihoterapeutice.

Terapia tulburărilor de dinamică sexuală

Psihologia sexuală

În loc de sexualitate vorbim adesea de "lucruri intime", acest mod de exprimare sugerând dar că subiectul este sensibil. Cel mai adesea sexualitatea se desfășoară cu ușile închise, dar atitudinea față de sexualitate oscilează în funcție de presupunerile sociale iar raportul față de ele diferă de la țară și epocă.

Diferențele sexuale

În cursul evoluției, reproducția sexuală oferă enorme avantaje genetice, în raport cu diviziunea celulară. Acest aspect trebuie mereu păstrat în minte, atunci când se critică meritele și inconvenientele ei din punctul de vedere al psihologiei sociale.

Datorită diferențelor sexuale, umanitatea se găsește împărțită în două categorii ușor de observat. Această situație prezintă avantajul unei mai bune excitabilități sexuale, dar comportă și pericolul că din aceasta rezultă și o luptă a sexelor (individuală sau colectivă), oprimarea socială a femeilor fiind una din consecințele cele mai grave ale diferenței sexuale.Această diferență este estompată relativ, când se merge inițial în domeniul biologic și apoi în cel de psihologie individuală, pentru a termina protectiv cu domeniul social.

Diferențele psihice între sexe sunt incontestabile, dar ce au ele în comun (congruență), nu este mai puțin important decât diferențierea (incongruența). Normele vestimentare amplifică manifestarea acestei diferențieri, iar inegalitatea socială a șanselor depăște de departe realitatea biologică a diferențierilor unde neînțelegerile dintre sexe interesează și sfera privată. Apoi viața sexuală este supusă perturbațiilor datorate diferențelor de nevoi fiziologice, care pot să se agraveze atunci când iau forma unor așteptări reciproce greșite. Astfel curbele medii de excitație erotico-sexuală se deosebesc la cele două sexe în faza de excitație, de orgasm, de regresie.

Tulburări sexuale

Marea varietate a tulburărilor sexuale posibile poate fi clasificată în funcție de trei faze: precomportament (construirea excitației, preludiul), coabitația (raport sexual) și post-

comportament (singurătatea subiectivă de după raport).

Pot fi utilizați patru factori socio psihologici ca și criterii de distincție:

• Tulburările funcționale diminuează sau măresc capacitatea sexuală (deasemeni excesul parțial)- exemplu perversiunea, impotența .

• Tulburările funcționale sociale, sunt adesea cauzate de temeri sociale (angoasa de promiscuitate, de boli sexuale, de SIDA). Ele pot fi condiționate și de factorii legați de o situație precisă (obstacole provenind de la mediu sau exigență a locului sau separare).

• Printre tulburările de coabitație directe amintim crampele vaginale, dificultățile de orgasm, ejacularea precoce.

• Tulburările de comunicare sunt tulburări de înțelegere sexuală pentru sine (lipsa informației) sau față de partener (mai ales când sexualitatea este folosită pentru a exprima tulburări de ordin relațional). Amenințările reale sau imaginare privind sexualitatea, când se exprimă în același timp cu dorința sexuală, ridică prin interacțiunea lor problematica psihică a vieții sexuale.

Psihoterapia sexuală

Tulburările de dinamică sexuală se elucidează în principal cu prilejul anamnezei sexuale, și în cazul în care ele se decelează în cadrul familiei, se vor avea în vedere principiile legate de variabilele de proces ale psihoterapiei comportamentului sexual.

Anamneza sexuală

• Experiențele precoce; practicile actuale; orientarea către unul sau către ambele sexe. Au existat dificultăți cu alți parteneri? Când v-ați întâlnit? Ce v-a atras la celălalt?

Principiile psihoterapiei variabilelor comportamentale cuprind:

• Precizarea obiectivului pe care cuplul dorește să-l atingă
• Reducerea obiectivului la un număr de etape mici, realizabile
• Solicitarea cuplului să practice fiecare etapă, în mod succesiv
• La următoarea ședință, discutarea dificultăților întâlnite
• Ameliorarea atitudinilor dezadaptative
• Stabilirea obiectivului următor

Cum acționează aceste principii deoarece terapiile sexuale vizează atât ameliorarea vieții sexuale între parteneri cât și echilibrul sexual individual și inițierea profilactică.

Terapia stimulării - amintite în lucrarea de pionierat a lui Masters & Johnosn. Pentru această terapie, atât clienții cât și terapeuții trebuie să fie în cuplu. În cursul terapiei se discută exercițiile de făcut, care trebuie să rămână între anumite limite (mai ales pentru a se putea controla stimularea).

Terapiile de condiționare sunt individuale, cu desensibilizări sistematice, în caz de angoase sexuale.

Self-control-ul sexual este amorsat de terapeut, dar realizarea lui, este responsabilitatea clientului (adesea sub forme contractuale), de exemplu într-atât, încât se ajunge la înoirea obiceiurilor sale.

• Informarea sexuală este contestată. Problemele controversate sunt cele dintotdeauna: cine trebuie informat și când, asupra ce și cum...

Pentru ansamblul referirilor asupra sexualității citățm pe Novalis: "Omul nu este capabil de a trăi în cuplu și familie, decât dacă este într-un mod fericit, căsătorit cu el însuși.".

Psihoterapiile de grup

Rațiunea care stă la baza psihoterapiei de grup este aceea că grupul asigură un micromediu interactiv în care pacientul poate fi confruntat cu efectul pe care comportamentul său îl are asupra altora și poate fi protejat în cursul primelor lui încercări de a-l schimba. Aceasta înseamnă că psihoterapia de grup este aplicabilă numai pacienților care doresc să se schimbe. De asemenea, s-a constatat că cei mai indicați pacienți sunt:

• Cei care intră în grup voluntar și nu ca rezultat al constrângerii de către rude sau terapeuți

• Cei care așteaptă multe de la grup și nu consideră aceasta metodă inferioară psihoterapiei individuale

• Cei care au suficiente aptitudini verbale și conceptuale. Pacienții care probabil nu vor beneficia de asemenea terapie sunt cei cu depresie severă, schizofrenie acută sau personalitate

schizoidă extremă (introvertitul detașat, rece); hipohondriacii; personalitățile sociopate (cu toleranță scăzută la frustrare care nu au simțul responsabilității) și personalitățile narcisiste (foarte egocentrici) sau paranoide (suspicios și pesimist în ceea ce privește rolul altora).

Este clar că selectarea pacienților trebuie să fie realizată de o persoană cu multă experiență. El va urmări realizarea unui grup de 6-8 membri, echilibrat din punct de vedere al sexului, evitând asocierea extremelor de vârstă. El va decide dacă grupul trebuie „închis" sau dacă va accepta noi pacienți în cursul existenței lui. El va accepta de obicei un coterapeut de sex opus și va pregăti în detaliu pacienții înainte de începerea terapiei. Existența grupului (de ex. 18 luni) va evolua printr-un număr de faze: o perioadă de acomodare, când membrii par să aibă cea mai bună comportare, căutând să fie iubiți de terapeut și umblând după sfaturile lui dirijate (pe care terapeutul le asigură rareori). Următoarea etapă este cea de conflict, când pacientul se străduiește să își găsească locul în grup, altfel decât prin dependența de lider. Frustrarea, furia și alte sentimente negative sunt ajutătoare, deoarece permit pacientului să testeze încrederea grupului. Merită să înveți că exprimarea sentimentelor negative nu trebuie să conducă la respingere - iar aceasta este o introducere esențială pentru următoarea etapă de apropiere, în care grupul începe să lucreze împreună. Terapeutul va trebui să îndepărteze grupul de crizele din afară și să cerceteze antecedentele care au condus către aici și acum, de ex. întrebând „De cine te simți cel mai apropiat din grup? "Despre cine ai spune că este la fel de pasiv (sau de agresiv) ca tine?"

Dar terapeutul trebuie să evite să sacrifice spontaneitatea. El învață să folosească ceea ce grupul îi oferă, de ex. „Pari foarte furios că X s-a dezlănțuit tocmai acum". El evită să pună întrebări la care nu se poate răspunde, în special cele care încep cu „de ce". Obligația lui este de a încuraja interacțiunea psihologică dintre membri și de a ușura învățarea și observarea de către membri. Metodele speciale folosite pentre creșterea acestui proces includ rezumate scrise asupra activităților grupului, tehnicile video și

psihodrama.Din punct de vedere psihologic, în general se pot distinge:

Procesul psihodinamic de grup

Psihologia de grup este interesată de structura grupului, de evoluția lui și de calitățiile lui. În ceea ce privește structura grupului, îi sunt examinate caracteristicile psihosociale (rang, rol,tipuri de contact, norme) care sunt tratate de psihologia socială. Raportată la terapia de grup, iată trama internă a unui grup terapeutic din punct de vedere a schimburilor sale verbale și supstanțiale (de exemplu ajutorul) acela pe care se poate conta și pe care îl utilizează în plan terapeutic.

Se poate vedea aici unde este grupul pe drumul care îl conduce la starea de grup autonom și funcțional . Trebuie distribuite calitățile celor mai importante relații: regulile de contact (egalitate în participare, compensare de rang permisivă), climatul grupului (tensiune joasă, atmosferă destinsă) și funcțiile de susținere (ajutor mutual, înțelegerea față de al treilea).

Rezultă de aici o împărțire a climatului psihic mai mult sau mai puțin protector, sau mai mult sau puțin periculos, care caracterizează un grup.

Mișcarea de întâlnire (T.L.)

Ca urmare a primelor grupuri de antrenament (T-groups) de Kurt Lewin, un mare număr de grupuri de întâlnire s-au dezvoltat în cursul primelor decenii. C. Rogers distinge: T-Groups, sensivity, training, sensory awarness groups, body awarness groups, team building groups, syanon games, creativity workshops, pe care le împarte în "face-to-face groups" (grupuri de oameni care se cunosc), "strangers-groups" (grupuri de oameni care nu se cunosc) și "staff-groups" (grupuri de acțiune). Aproape în toate aceste grupuri există trei tipuri de experiențe subiective de grup care trebuie să permită clientului să-și fortifice personalitatea.

- Întâlnirea permite dezvoltarea sentimentului asupra propriei valori, datorită varietății diferitelor contacte pozitive.
- Întrucât mulți oameni și-au pierdut încrederea în aproape, și

pentru că aceasta este baza încrederii în sine, se realizează un training de încredere, în timpul căruia fiecare poate face experiențe asupra necesității de a avea încredere în aproapele lui.

În întâlnirea cu comunitatea se exersează și se fortifică sentimentul social. Participanții joacă de asemenea teme importante sociale și chiar politice. Faptul că numeroși terapeuți au dezvoltat procedee analoage se consideră că ar fi din cauza unei nevoi de asociere foarte răspândite, născută din frustrări sociale.În sânul neoanalizei, interacțiunea centrată pe teme a lui Ruth Cohn esta un exemplu: pentru a dezvolta "sensibilitatea pentru celălalt și facultățiile intuitive" (Cohn, 1975). Din punct de vedere tematic, aceste procedee se raportează la experimentele sociale ale eșecului. Conform acestora, în caz de "angoasă de contact" (W. Schmidbauer) se recurge la experiențe de contact social, pe calea mângâierilor "neobișnuite" (stat spate în spate cu persoane necunoscute); în caz de neîncredere socială, există exerciții cu ochii închiși, în cursul cărora trebuie să se lase să cadă în brațele altcuiva.

Psihodrama

Terapia de grup cea mai veche este psihodrama. Într-una din primele sale lucrări (1911) și într-o scriere consacrată teatrului de improvizare (1924) psihiatrul Jacov Levi Moreno (1889-1974) se referea la formele teatrului tradițional din Viena și la modul lui de acțiune ca " teatru a tuturor cu toți".

În 1931, după ce a emigrat în SUA, el a transformat experiențele sale în procedeu terapeutic de grup.

Ideea principală este de a retrăi de către pacient episodul său traumatic cu participarea altor persoane pentru a se genera o elaborare emoțională. Alături de el este liderul, "directorul de teatru", asistenții săi și ajutoarele terapeutice,care sunt tot pacienți. Prin "funcțiile lor de suport", participarea lor activă la eveniment, ei transformă procesul terapeutic în "sociodramă", "psihodramă" sau "anxiodramă", urmărind conținutul terapeutic reprezentat.

Ca tehnică dramatică se începe prin exerciții de punere în situații inerente, cărora le succed apoi puneri în scenă a unor situații excepționale (profesionale, familiale etc.), de apreciere

asupra lui însuși și a celorlalți.

Pentru a anima acțiunile proiectate se introduc variante dramaturgice: folosind scaunul "gol" în mijlocul scenei, schimbarea de roluri, comportamentul în oglindă (se joacă situația opusă), proiectarea în trecut și în viitor, play-back (repetiție sau prelungire).

Terapia comunitară

Patru întrebări continuă să se repete, fiecare întrebare precedată (amenințător) de un „Sigur..."

• Sigur vor fi întotdeauna necesare spitale pentru persoanele afectate sever? În general, problema nu este reprezentată de severitatea bolii psihice, ci de contextul social în care ea apare, și care stabilește dacă îngrijirea comunitară este adecvată.

• Sigur îngrijirea comunitară, care este acordată adecvat, este mai scumpă decât îngrijirea spitalicească, unde mijloacele pot fi concentrate? Nu este așa - cel puțin nu este neapărat așa. Unele concentrări ale mijloacelor de intervenție pot avea loc în comunitate - de ex., în spitale și în cămine de boli psihice cronice. De asemenea, este adevărat că patul și masa pacientului internat este posibil să fie destul de scumpe, în special dacă se iau în considerare costurile serviciilor psihiatrice intraspitalicești și cel de întreținere asociate. În majoritatea studiilor, costul fiecărui tip de serviciu nu diferă foarte mult - iar în unele studii, îngrijirea comunitară atentă se dovedește a fi mai ieftină.

• Sigur vor fi mai multe omucideri și sinucideri dacă pacienții afectați psihic nu sunt internați în spitale de specialitate? Există, fără îndoială, relatări anecdotice cu privire la aceste evenimente - și este clar că oricât de atentă poate fi selectarea pacienților pentru îngrijirea comunitară, aceasta ar putea reprezenta o problemă.

• Sigur unii dintre pacienți vor necesita un loc unde să stea peste noapte, oricât de bună este echipa de îngrijire comunitară în cursul zilei (în cazul în care paturile clinicii de psihiatrie sunt ocupate)? Implicația constă în faptul că aptitudinile utile în cazul internării pacienților pot să fie inadecvate în cursul zilei, atunci când nu există un alt sprijin în afară de medicul generalist. Studiile

care au examinat această problemă au evidențiat, fără îndoială, o creștere a îngrijirii extraspitalicești la domiciliu în cazul persoanelor selectate pentru îngrijire comunitară, iar această creștere poate fi spectaculoasă în decurs de 5 ani. Avantajele raportate ale îngrijirii comunitare sunt: activitate socială mai bună, satisfacție, ocupație și acord la tratament - dar în studiile randomizate la repere etalon, aceste avantaje nu au fost demonstrate. Mai mult, rezultatele obținute în repetate rânduri arată că cu cât studiile sunt mai lungi, cu atât mai greu se mențin avantajele inițiale ale îngrijirii comunitare. Este greu pentru echipe să mențină entuziasmul pe parcursul unui trial, și este probabil și mai greu atunci când trialul se termină - sau atunci când membrii echipei sunt bolnavi sau plecați. Aceste considerații pot explica parțial observația conform căreia, cu o îngrijire comunitară subvenționată și condusă inadecvat, pacienții pot să nu beneficieze de serviciile de care au nevoie, iar atunci când instituțiile de îngrijire încetează să lucreze și starea unui pacient se agravează, internarea lui devine imposibilă, pacientul este lăsat în comunitate și decade în ciuda tuturor drepturilor lui.

Psihoterapia familială

Adesea se anunță pe nedrept, în contextul afirmării superiorității civilizației noaste, moartea familiei. Ea rămâne în centrul experiențelor noastre de viață și punctul de plecare pentru toate strategiile vieții.

Dar ea este, de asemenea adesea, o "dictatură forțată" (Rohlfs) din care mai mult se dorește să se scape, eliberarea. Problematica psihologică a aceasta este extrem de diversificată, fiind deja lizibilă în dezvoltarea noilor procedee psihoterapeutice, în care numărul și varietatea lor, sunt echivalente cu alte domenii de solicitări prioritare ale psihoterapiei. Astăzi există un mare număr de procedee psihoterapeutice renumite, între care este dificil a trasa linii de demarcație sau a stabili o notă dominantă comună. Este la fel de greu să le trasezi granițele care le diferențiază, de terapiile pentru copii (deoarece copii sunt adesea suportul de fond, al tensiunilor familiale) și față de terapiile pentru vârstnici (deoarece una dintre problemele esențiale ale bătrâneții este pierderea familiei).

Diagnosticul familial

Ce face ca o familie să fie etichetată "bolnavă"?

Deși greu de definit în practică, o parte a familiei definește situația ca fiind insuportabilă. Este evident că psihoterapeutul familial nu se poate mulțumi doar cu această constatare. Este clar însă, că există un număr practic infinit de probleme familiale, posibile. Prima sarcină a terapeutului este de a stabili un psihodiagnostic asupra familiei.(care poate fi deja o parte integrantă din terapia familială). Cele trei criterii importante sunt următoarele.

- Constelația familială rezultă din rangul, rolul, raporturilor de forță, din repartiția pieselor în locuință, etc

Există jocuri și teste care permit depistarea acestei constelații evidențiindu-se carențele (lipsa de loialitate, șantajul, utilizare neloială a numelor, refuzul la ceea ce se oferă, lipsa de atenție, lipsa de considerație), care până în acel moment nu au fost cunoscute de participanți.

- Atmosfera din familie plină de tensiuni, revolte, certuri, plângeri, distanțe și stări de acest gen, a căror alternanță cu altele duce la dezorientare. Ele au o tonalitate dominantă și joacă un rol în crearea unui climat" insuportabil."

- Fiecare familie elaborează de regulă un număr mai mare de reguli comunitare, care rareori rezultă din reflexie pertinentă, dar cel mai adesea sunt sever sancționante (acuzații și pedepsiri). Ceea ce deosebește psihologic familiile intacte de cele perturbate, este faptul că sistemul lor de reguli este adaptat și că membrii le respectă cu o relativă unanimitate.

Carențele sistemului însă, pot face o familie "bolnavă", de exemplu cea a cărei reguli sunt excesive, sau cea în care toți membrii se consideră cu drepturi depline, sau cea în care anumiți membrii se sustrag de la responsabilitățile comune.

Psihoterapia familiilor conflictuale

O parte a terapiilor familiale se raportează la cauzele evocate, iar când acestea sunt identificate și când pot fi eliminate, se face un pas către supraviețuirea familiei. Forța centrifugă a acțiunii este găsită în domeniul relațional. Astfel pentru S. Minuchin

(1979) violarea frontierelor private", declanșează perturbări în "carta familiei". În terapia conjugală a Virginiei Satir se încearcă transformarea comportamentului compulsiv, în comportament deschis deoarece:

• Este posibilă stăpânirea confilictelor printr-un compromis acceptat unanim și apoi respectat.

• Este posibilă tratarea conflictelor în mod punctual, sector de sector și apoi pregătirea remediilor este facilă.

În terapiile de parteneri familiali, se deleagă litigile iraționale și se remediază pierderile de credibilitate, deci:

• Este posibil a se trage o linie finală privitor la trecut și a o lua de la zero; aceasta este terapie familială centrată pe pacient (Gordon, Guerney și alții).

Psihoterapia structurată a familiei

Aceasta este o psihoterapie orientată pe probleme, cu scop precis, care subliniază importanța interacțiunilor sociale în familiile ce au măcar un membru cu afecțiuni psihice și în care tratamentul urmărește să includă și pe alți membri ai familiei pacientului. Terapia se bazează pe presupunerea că oamenii au resurse psihologice și potențial de creștere, pentru a rezolva satisfăcător problemele vieții. Când soluțiile încercate la aceste probleme nu dau rezultate, sarcina terapeutului este de a interveni și de a debloca aplicarea repetată de către pacient a soluțiilor nereușite anterior, prin recomandarea unor comportamente noi, bazate pe împărtășirea descoperirilor apărute în cursul procesului de interdependență familială.

Mecanismele interacțiunilor familiale necesită a fi studiate atent, dar cu patru sau mai multe persoane în cameră, terapeutului îi este greu să urmărească toate comportamentele verbale și non-verbale care se manifestă. Pentru a-l sprijini, o echipă de ajutoare observă interacțiunea printr-un geam oglindă și folosind o cască, îi comunică terapeutului indicațiile, care pot fi atât verbale (de ex. întreabă soțul „Ce faci când soția ta plânge?"), cât și non-verbale (de ex. „Acum întoarce-te și uită-te la soția lui"). Dacă familia își dă consimțământul, interacțiunea psihologică este înregistrată pe bandă video, iar înainte de terminarea ședinței, terapeutul se retrage în spatele ecranului pentru a formula

impresiile câștigate, pentru a împărtăși ipoteza sa echipei cu privire la mecanismul psihopatologic presupus și pentru a o verifica pe aceasta, revăzând momente caracteristice de pe videocasetă, este formulată o recomandare pe care terapeutul o transmite familiei. Recomandarea este de obicei o chestiune simplă de comportament și poate fi discutată între membrii familiei.

Schimbarea apare adesea foarte repede, de ex. necesitând 1-12 ședințe.

Psihoterapii familiale sistemice

Este o terapie fundamental diferită care împrumută metode de la școlile de psihologie abisală. Pentru acestea, întregul sistem "inconștient" al familiei trebuie modificat. În această optică se disting:

• *Sisteme inconștiente de ocupație* în care un dominant unic "ocupă " familia sau "părinții ocupă copiii", prin principiul delegării (H. Stierlin), în calitate de purtători de idealuri pe care ei le-au putut atinge și le identifică proiectiv ca fiind "investiția prioritară".

• *Sistemele de substituție*, adică familia se "substituie", se convertește în"fortăreață" (apărare paranoică), în "sanatoriu" (compasiunea pentru el însuși în nevroza angoasantă) sau în "teatru" (refularea isterică), utilizând terminologia folosită de H. E. Richter pentru "nevrozele cu caracter familial".Aici, nu se luptă împotriva diferitelor conflicte sau simptome de perturbare în interiorul familiei ci se supune "inconștientul familial", unei psihanalize" (Gerlicher,1977).

• Alte procedee se inspiră din tehnica generală, ca terapia familială behavioristă (R.T. Liberman), Gestalt terapia familială (W. Kempler) sau terapia familială comunicativă (M. Selvinii-Palazzoli).

• Sunt și tehnici destinate diferițiilor membrii ai familiei, ca terapia cuplului (H.G. Preuss), terapia multigenerațională (G. Spark), terapia conjugală(J. Haley)și chiar tehnici colective ca terapia familială integrativă (M. E Textor, 1985).

Psihoterapii pentru copii

Terapia pentru copiii este net diferită de cea pentru adulți, în special pentru că, în general, copilul are alte probleme și este mai puțin accesibil limbajului verbal. În ciuda diversității lor, orientările terapeutice ale vârstei școlare sunt comune referințelor jocului, considerat ca activitate principală a copiilor.

Orientări terapeutice

În terapia copilului se întâlnesc trei orientări principale ale psihoterapiei.

• Terapia psihanalitică pentru copii - Ea se caracterizează printr-o controversă între Melanie Klein și Anna Freud.

M. Klein presupune că manifestarea ludică a copilului este legată de un arriere-plan simbolic, în timp ce A. Freud se îndoiește că o interpretare stricto-senssu a jocului este totdeauna posibilă.

Ce este comun acestui grup de teorii este într-adevăr necesitatea înlăturării refulării (ca mijloc de catarsis).

• Terapia orientării comportamentale -dincolo de diversitatea teoriilor behavioriste, elementul comun al metodelor terapeutice îl reprezintă scopul urmărit, și anume cel legat de clasificarea stadiilor după vârstă și de stimulare prin exerciții psihologice adecvate pentru a parveni la un comportament caracteristic vârstei date.

• Terapia centrată pe client pentru copii, caută o auto-actualizarea potențialităților copilului, fapt care necesită o intervenție directă a adultului.

Teorii psihologice ale jocului

Până a se putea interveni în joc cu obiective precise, diferitele orientări terapeutice au elaborat teorii specifice ale jocului. Debutul acestor evoluții poate fi situat în secolul XVIII (H. Scheuerl). De aceea există azi un număr mare de teorii, dintre care patru sunt mai importante.

• Printre cele mai vechi este teoria jocului ca exercițiu , care stabilește că jocul este un program comportamental instinctiv, folosit pentru a se pregăti copilul pentru sarcinile ulterioare ale vieții. Dacă setea de activitate a copilului nu este încă mobilizată datorită unor situații serioase, atunci forța sa vitală este angajată

și folosită la joc.

• Alți autori (F.Schiller) consideră că jocul rezultă dintr-o supra-abundență de forță; Mai târziu, mai ales odată cu școlile de psihologie abisală, prin terapiile psihanalitice, se reușește stăpânirea de sine în situațiile perturbante (chatarsis, eliminarea sentimentelor negative, dezagreabile)..

• Recentele teorii cognitiviste consideră jocul ca o căutare a informației, ca o formă de autorealizare spirituală (comportament specific de curiozitate). Aceasta ar explica asumarea de riscuri, în multe jocuri ale copiilor.

• În fine, multe teorii subliniază caracterul lor social , în particular al jocurilor de echipă, unde un motiv poate fi competiția și dorința de a fi apreciat. Dar simpla participare poate, deja, declanșa doar ea, dorința copilului de a se juca.

Psihoterapii prin joc

• În majoritatea terapiilor pentru copii, jocul nu are doar funcție terapeutică, ci servește mai mult psihodiagnosticului.

În acest context, jocul poate fi explorat în funcție de durată, cantitate și alegere a materialului folosit, al modalităților de joc folosite la o anumită vârstă (jocurile colective nu sunt posibile la nesfârșit copilului), cât și în funcție de gradul de complexitate și organizarea conținutului.

• Terapia ludică a Virginiei Axline, elevă a lui Carl Rogers , este una dintre cele mai cunoscute:"Terapia ludică postulează că jocul este un mijloc natural, prin care copilul se reprezintă pe el însuși. Ea îi dă ocazia să-și "joace" sentimentele și conflictele.În acest cadru psihoterapeutic, se pune la dispoziția copilului un material de joc, care trebuie să declanșeze "intensitatea discordanțelor dintre posibilități" (Goetze, Jaede,1978), iar aceasta nu trebuie nici să incite la agresivitate (de exemplu sabie), nici să oblige să rămână liniștit (de exemplu joc de șah). Prin cele opt principii de bază se stabilesc cu copilul relații calde, amicale, fără intervenții directive, el putându-și exprima liber sentimentele și gândurile.

• Terapiile ludice behavioriste au la bază ucenicia modelelor. În "behavior-rehearsal" (Lazarus) și "fixed-role-therapy" (Kelly), sunt stimulate situațiile care pot servi drept model.În

anumite cazuri se vor integra alte metode de comportament cum ar fi "token-economy". Cu ajutorul interpretării de roluri, de exemplu jocul "de-a indienii", se stabilește o legătură cu celelalte grupuri de terapie,de exemplu psihodrama.

l Terapiile ludice preventive (Benesch, 1980) vor utiliza jocul ca final de profilaxie psihologică, mai ales prin neutralizarea tensiunilor (nici febrilitatea, nici plictiseala nu sunt bune sub aspect psihic, iar jocul asigură o regularizare a tensiunii), întărirea (faptul de a câștiga permite experimentarea intermitentă a succesului), simularea ludică (atitudine de experimentare creativă), întâietatea plăcerii (trezirea emoțională), autorealizarea (jocul permite "regăsirea eului"), chatarsis prin risc (eliberarea prin "jocul cu focul"), și în sfârșit raportul cu comunitatea (comportament de parteneriat).

Persoanele care au cea mai mare experiență psihoterapeutică cu copiii sunt părinții. Ei dețin cărțile cheie în influențarea comportamenului unui copil. Acestea includ dragoste, canale de comunicare reciproc înțelese, sisteme de recompense justificate și o cunoaștere comună a binelui și a răului. Este cel mai probabil ca familiile care nu dețin aceste cunoștințe să necesite ajutorul specialiștilor. Indicațiile următoare sunt oferite psihologilor pentru ajutarea acestor copii:

- Încă de la început fă-ți timp să te împrietenești cu copilul. Nu te grăbi.
- Acceptă copilul în condițiile lui - exact așa cum este.
- Evită să întrebi, să lauzi sau să mustri. Fii total îngăduitor.
- Nu spune „Nu" și oprește-l numai dacă este pe punctul de a-și face rău.
- Arată copilului că este liber să-și exprime deschis orice sentiment.
- Responsabilitatea de a alege este numai a copilului.
- Mergi unde te conduce copilul: evită să dirijezi conversația.
- Utilizează orice îți oferă copilul. reflectă sentimentele înapoi la el.
- Încurajează copilul să avanseze de la exprimarea prin gesturi a sentimentelor, la exprimarea lor prin cuvinte și joc.
- Pregătește părinții pentru schimbările copilului.

În terapia prin joc, copilul (care poate să-și aducă prietenii)

și terapeutul, se joacă împreună cu jucăriile care îi dau copilului posibilitatea să exprime prin cuvinte cele mai ascunse fantezii. După cum a explicat Virginia Axline, unuia dintre copiii ei de 5 ani, terapia prin joc este „atunci când poți fi așa cum îți dorești să fii. Atunci când poți să folosești orice fel de a fi, pe care dorești să îl folosești. Atunci când poți, fii tu însuți".

Psihoterapii speciale

Procedeele sugestive

Un psihoterapeut (E. Biorac, 1920) scria că sugestia este "America" pe care noi Columbii, suntem obligați să o redescoperim la 30 de ani. Aceasta este adevărat și are efecte enigmatice așa cum susțin cei ce au avut o experiere a sugestiei "cunoscute atît de sus, cât și de jos."(adică atît de la diverse surse-modele, sau manuale pentru autudidacți , cît și din propria experiere) Din punct de vedere psihologic manifestarea sa este exact opusul "luciditătii": se știe rarism, care sunt efectele produse de cel care utilizează procedeele sugestive și nu există un mod de a afla în mod obiectiv, rezultatele definitive, asupra celui care s-a exersat.

Metodologia sugestiei

Când influențăm o persoană pe plan intelectual, inițial, îndeobște, se încearcă să fim înțeleși de cel apropiat; apoi înțelegerea aceasta este urmată de o convingere după care persoana respectivă acționează conform acestei convingeri.

Sugestia însă, prin definiție, evită această reluare rațională. Ea caută drumul direct al influenței inconștiente. Sunt mai multe căi de a se ajunge acolo, dintre care enumerăm șase metode mai importante:

- *Repetiția* - bazată pe efectul de constrângere a reiterăii (ca în cazul câinelui lui Pavlov)
- *Persuasiunea* - realizată prin strălucirea personală, falsificarea de secrete, și punerea în valoare a spiritului critic.
- *Agresarea prin surpriză* care încearcă să pulverizeze rezistența celuilalt, fie prin violență pură, fie prin represalii mai subtile. Se sugerează dorința celuilalt de exemplu să preceadă toate afirmațiile cu formula bine cunoscută "cum s-ar spune...", dând astfel impresia că toată lumea este în jurul celui căruia i se adresează.

• *Uniformizarea* se folosește de predilecția pe care majoritatea oamenilor o au pentru sustragerea de la responsabilități până la marginalizare intragrupală.

• *Simbolizarea* recurge la simboluri de exemplu drapelul pentru a trezi sentimentul de patriotism. Alte exemple sunt date de "acei suprarealiști", semnele afirmării dezvoltării personale hipertrofice, de ex. la simbolica sexuală (în particular corpul feminin), care se presupune că produce un efect imediat.

• *Repudierea* inversează sensul real a ceea ce se spune, permițând astfel ca ceea ce se spune să treacă drept o ironie aparentă.

Aceste procedee sunt atât de sofisticate încât adesea este extrem de greu să le identifici.

Hipnoza

Este tehnica sugestivă cea mai intensă. Datorită persuasiunii și manipulării, clientul este adus selectiv, într-o stare aproape de somn, dar care îi permite să rămână permeabil sugestiilor hipnotizatorului.

Există patru etape pentru a induce o stare de hipnoză.

• Poziția de repaus autosugestiv este o condiție prealabilă. De asemenea și starea subiectivă inițială, prin demersurile la hipnotizare, se schimbă datorită expectanțelor operante.

• Folosirea unui limbaj verbal de așa natură încât stimulii utilizați expres, relaxează sau "amorțesc", pentru a adormi pacientul.(de exemplu cerința să fixeze continuu un obiect).

• În stare de hipnoză există o relație "de dependență psihică față de ordine(diminuare autosusținerii prin autoconducere), care permite darea de ordine posthipnotice (percepție fixată, cu efect durabil): hipnoză de demisie(comportamentul indezirabil, de exemplu în caz de alcolism ,este investit cu aversiune), hipnoza de condiționare (se sugerează un nou comportament prin persuasiune) și hipnozele profilactice (pregătirea prospectivă a situațiilor care urmează).

• Sugestiile de avertisment -anulează starea de somn hipnotic (trei stadii: somnolență, hipotaxie, somnambulism) dar în cea mare parte a timpului, ele conțin instrucțiuni hipnotice de a se simți bine într-o anumită suită, de-a lungul unei anumite perioade de timp. Trebuie demonstrat că un mare număr de momente suportate prin terapia hipnotică creează în general o stare de dependență nonterapeutică. Critica lui Freud este că: "...e departe de a elucida problemele pacientului, ea nu face altceva decât să le "redescopere".

Training-ul autogen

I.H. Schultz, creatorul acestui procedeu, l-a dezvoltat fără a introduce somnul.

• La nivelul inferior al acestui procedeu, pacientul inițial învață să exerseze o influențare a funcțiilor sale vegetative. În șase secvențe i se dă impresii corporale "de înflorire".Senzațiile de greutate, căldură și frig îi sunt mai întâi sugerate, iar apoi retrase de așa manieră încât încet-încet se învață a trăi cu ele. Diferitele etape ulterioare, privesc succesiv mușchii,(1) vasele, (2) inima,(3) respirația,(4) organele abdominale (5) și capul.(6). În cursul unui exercițiu caloric se sugerează de exemplu: "mâna dreaptă este complet caldă". La capătul a două minute, sentimentul de căldură este rapid anulat de o mișcare de întindere extrem de agreabilă.

• La nivel superior sunt influențate funcțiile intrapsihice. Sugerând diferite reprezentări se încearcă obținerea unei "atenuări a rezonanței efectelor" aidoma ca în meditațiile și contemplațiile religioase. Se ordonă de exemplu unui client în stare de reculegere meditativă,să-și reproducă în fața ochilor săi interiori, reprezentri colorate și înflorite (cercuri colorate, linii, etc.) Aceste două grade necesită o lungă perioadă de antrenament, o angajare hotărâtă a clientului și o tenacitate bine verificată în practica cotidiană mai ales în etapa ulterioară de autosugestie.

Strategii psihoterapeutice pe termen lung

Strategiile pe termen lung se referă în special la modalitățile psihanalitice și comportamentale. Întrucât o singură metodă psihoterapeutică nu prezintă garanția unei eficiențe valabile pentru vindecarea pacientului, atunci se recurge la modalități combinate, care trebuie să respecte niște principii de compatibilitate între specificul simptomatic și manierele psihoterapeutice. Vom face câteva mențiuni în legătură cu principalele modalități psihoterapeutice desfășurate pe termen lung.

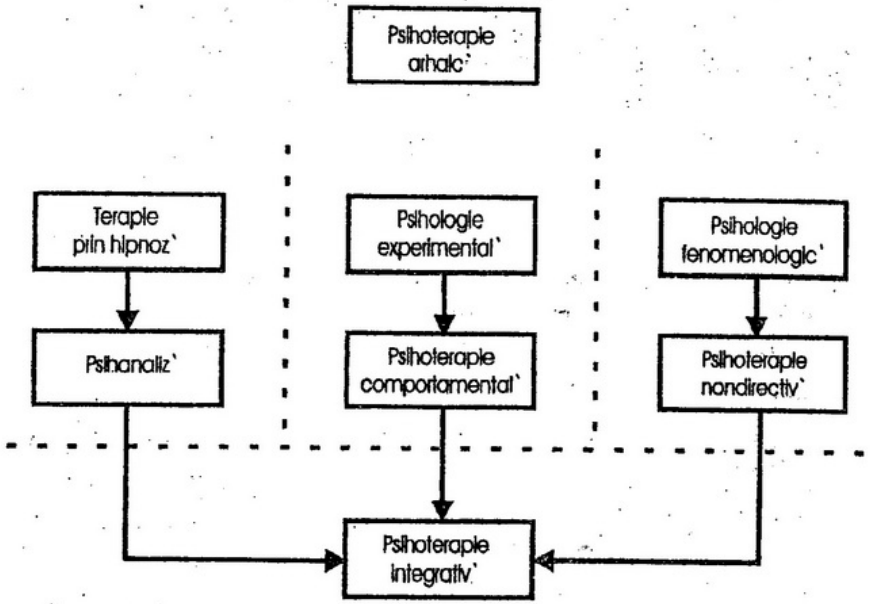
O mențiune din istoricul psihoterapiei

În lucrarea sa, *Histoire mondiale de la psychologie et de la psychiatrie* (1970), A.A.Roback îi menționează pe "terapeuții de caverne", din epoca de piatră, care-i făceau o gaură în calota craniană a pentru ca "spiritele rele să poată părăsi pacientul; dar ei nu-și dădeau deloc seama de efectul secundar produs de aceată "manoperă":

slăbirea presiunii din interiorul capului datorită reducerii țesuturilor și a lichidului cefalorahidian". Un număr considerabil de astfel de terapii "arhaice" au durat până în Evul Mediu (și unele până în zilele noastre sub forma exorcismului).

Hipnoza a fost utilizată sistematic la începutul erei moderne. Detașându-se de aceasta, psihanaliza s-a putut dezvolta. *Psihologia experimentală* este cea care a promovat terapia comportamentală și *psihologia fenomenologică* a dat naștere, printre altele, terapiei nondirective. În prezent, se pot denumi oficial 140 de psihoterapii diferite (Krech și Crutchfield, 8.1985). Tocmai această profuziune obligă psihologia clinică să se preocupe de o "psihoterapie integrativă" care însă se află pe cale de a se dezvolta progresiv.

Probabil că aceasta nu va perima școlile terapeutice precedente, ci va constitui mai degrabă un cadru, în care se vor exprima diferențele personale ale terapeuților în conduita terapiilor.



În ultima vreme, strategiile pe termen lung sunt apreciate în funcție de eficiența lor stabilite după criterii care sunt urmărite pe intervale de circa zece ani. În acest sens, cele mai valabile modalități psihoterapeutice conform unui studiu SNP Le Monde atestă următoarele:

Metoda	Creator	Origine	Tehnica	Relații, comunicare	Training	Aplicații principale	Pacienți
Hipnoză	Heidenheim și Bernheim	1843 Breslau Germania	Sugestii	da	nu	Sexologie	Adulți
Metoda Jacobson	Jacobson	1925 Chicago SUA	Relaxare progresivă neuromusculară	da	da	Terapeutică (stres...)	Adulți Copii
Training autogen	Schultz	1932 Germania, introdus în Franța în 1952 de Burger	Inducție	da (în faza 2)	da	Terapeutică	Adulți
Relaxare dinamică	Feldenkreis	1938 SUA readaptat de R.Dupont în 1980	Relaxare activo-pasivă	da	da	Terapeutică profilactică	Adulți Vârstnici
Sofrologie	Caycedo	Introdusă în Franța de J. Donnars și R. Cahen	Studiul conștiinței și a modificărilor sale. Tehnica sofronică	da	da	Terapeutică profilaxie	Adulți
Relaxare analitică	Sapir	Derivată de la Schultz	Relaxare psihanalitică	Da	nu	Terapeutică	Adulți
Relaxare psiho-somatică	G.B. Soubiran	1952 Paris	Relaxare psihosomatică și psihomotrică	da	da	Terapeutică	Adulți Copii
Eutonie	G.Alexander	1957 Copenhaga	Dezvoltarea conștiinței corporale, unitate corporală prin mișcare	nu	nu	Pedagogie Waldorf Dezvoltare proiectiv-creativă corporală și spirituală	Adulți
Relaxare activo-pasivă	Wintrebert	1959 Paris	Cunoaștere a trăirii corporale, alternanță tensiune/detentă	nu	nu	Terapeutică pedagogică	Copii
Relaxare terapeutică	Bergès	1974 Paris	1) concentrare și reprezentare 2) detentă 3) recidivă	da, la începutul ședinței următoare	da	Terapeutică	Copii
Abordare corporal terapeutică	J.-C. Benoit, E. Debure, M. Pellerin, E. Maes	1976 Paris	1) recunoașterea prezentărilor corporale 2) respirație și interioritate 3) relație cu lumea exterioară	da	da, facultativ	Terapeutică	Adulți Copii
Relaxare psiho-somatică	S. Cady	1993 Paris (școala Sami-Ali)	1) protecția 2) psihanalitică	da	nu	Terapeutică	Adulți

Capitolele care urmează sunt consacrate celor mai importante terapii particulare.

Psihanaliza

Sigmund Freud (1856-1939) a elaborat "psihanaliza" în cursul unei lungi vieți. Astfel, rezultă o multitudine de straturi de gândire, care împiedică orice viziune omogenă. Dar este posibilă extragerea și punerea în valoare a părților esențiale, care mai constituie astfel psihanaliza "ortodoxă". Cum această operă este născută din experiența personală a lui Freud, erau puține șanse ca ea să dureze în această formă mai mult decât creatorul său. De aceea psihanaliza actuală nu este decât o transformare a psihanalizei freudiene (când ea nu împrumută în mod hotărât direcții noi, cum a făcut-o neo-analiza). Mai mult decât oricare altă terapie, ea a fost foarte devreme obiectul unor controverse publice, în special pentru că ea punea la îndoială puterea conștiinței și aborda deschis sexualitatea, în particular sub prima sa formă infantilă.

Metapsihologia

"Dacă nu voi putea învinge forțele cerești, voi pune în mișcare lumea Infernului". Acest vers din Eneida de Vergiliu servește ca epigraf primei mari cărți a lui Freud, *Interpretarea viselor*. Cum nu reușea să-și explice experiențele clinice cu ajutorul psihologiei conștiinței din timpul său, el și-a creat lui însuși o psihologie a acestei "lumi a Infernului", care a primit numele de "psihologie a adâncimilor".

• Cea mai urgentă sarcină era cea de a crea un nou model al omului, pe care, din 1932, îl reprezenta precum se vede în schița de pe pagina alăturată. Aspectul *dinamic* caracterizează conflictul dintre forțe psihice opuse, aspectul *economic* caracterizează consumul de energie al părților aparatului psihic și aspectul topic organizarea lor internă (model al instanțelor) :

"Minele" (eul inconștient-conștient), *"supraeul"* (purtător al idealului eului , "organ de supraveghere" interiorizat), sinele (pol pulsional).

• Acest pol pulsional este considerat în primul rând ca libido,

concept energetic global pentru sexualitate fizică și psihică.

Inconștientul reacționează urmând principiul plăcerii, atunci când pulsiunile eului (cărora Freud le-a dat mai multe interpretări succesive) se supun *principiului realității*, dacă se adaptează la cerințele mediului .

• Libidoul este o *sursă* ieșită din excitația somatică; *scopul* este descărcarea acestei energii de tensiune; *obiectul* este, ca ocupație, în calitate de mijloc real sau fantasmatic (de exemplu în calitate de "investiție" a unei persoane iubite dar în egală măsură sub formă de obiect de substituție).

Organizarea libidoului

Potrivit opiniei lui Freud libidoul nu așteaptă pubertatea pentru a se dezvolta. Autoerotismul începe încă de la prima copilărie cu "pulsiuni parțiale". Sursa lor trece de la anumite organe ale corpului la altele, ceea ce permite distingerea a trei stadii principale în funcționarea tipului de satisfacție (diminuarea tensiunii):

1. Stadiul oral (în mare, în primul an din viață). În centrul căutării plăcerii se găsesc activitățile următoare: a suge, a sorbi, a ține în gură, a înghiți, a atinge; puțin mai târziu: a mușca, a scuipa, a voma (împroșcare), a devora (fază canibalică). Primele angoase legate de pierderi orale .

2. Stadiul anal (în mare la doi și la trei ani). Mărirea razei de acțiune. Construirea tendințelor constructive și destructive. Căutarea plăcerii prioritar legată de procesul de excreție. Angoase legate de pierderi de putere.

3. Stadiul falic. În timpul primului stadiu genital sau falic (în jur de 4-5 ani) se manifestă "pulsiunile obscure" de la începutul diferențierii sexuale. (C, complexul Oedip). Descoperirea organelor genitale ca obiect de plăcere, constituie pentru Freud placa turnantă și punctul de legătură al dezvoltării ulterioare.

Complexul Oedip

În tragedia lui Sofocle, "*Oedip rege*", fiul își ucide tatăl și se căsătorește cu mama sa, ignorându-și identitatea.

Freud face uz metaforic de titlu pentru a califica primele dorințe genitale. După acest model, tânărul băiat nutrește sentimente de iubire infantilă pentru mama sa (*complexul Oedip*)

și fetița pentru tatăl său (*complexul Electrei*, în concepția lui Jung), în timp ce se dezvoltă simultan o "dorință de eliminare" a părintelui de același sex. Este adevărat că Freud reia în parte această "ostilitate", în măsura în care constată un raport de "ambivalență" (dragoste-ură) în ceea ce îl privește pe părintele de același sex: tânărul băiat "se comportă în același timp ca o fată; el adoptă o poziție feminină (plină de tandrețe) vis-ŕ-vis de tată.

Mai târziu, câțiva psihologi de adâncime au completat acest model adăugând raporturile parțial "ambivalente" ale *părinților* între ei (în special Eric Berne), și rivalitatea dintre *frați și surori* (Alfred Adler).

În ochii lui Freud, recunoașterea complexului Oedip ca stadiu prin care fiecare ființă umană trebuie să treacă era "schibboleth-ul"(termen biblic desemnând un semn absolut de diferență) psihanalizei, care "îi separă pe adepții psihanalizei de adversarii lor".

De aceea, este o "dogmă" faptul că *nedemonstrabilul caracter* al său (infalsiabilitate) devine inaccesibil la examenul științific (ambivalența este de neverificat) și este de atunci ridicat la statutul de fundament al unei școli.

Oricât de incontestabilă ar fi *dificultatea* identificării sexuale, acest principiu în calitate de "complexul Oedip" a antrenat numeroase divergențe de păreri între primii psihanaliști.

Inconștientul

Ipoteza unui "subconștient" are o mare tradiție care, cel puțin la Leibniz, prinde noi forțe. Pentru Freud, această parte a psihismului (la debutul său cu greu acceptată de psihologie) este mult mai mult decât doar situată "sub" conștient. "Inconștientul" este reprezentat ca o entitate separată având o "logică" proprie (mai ales logica visului) și intenții pe care omul însuși nu poate să le perceapă (dar la care lapsusurile, între altele, le permit descifrarea).

Această concepție de separare (linie de demarcație sau "cenzură") a inconștientului a fost adesea criticată.

Mecanismele de apărare

Potrivit metapsihologiei lui Freud, omul elaborează de exemplu experiențele penibile pe care le-a trăit făcând un lucru de "degajare": acestea dispar prin uitare. Dar aceasta nu reușește întotdeauna. Trebuie refulate multe experiențe traumatizante, de exemplu reinterpretându-le. Inconștientul "deghizează" cum a văzut și Freud în cercetările sale asupra visului, experiențele trecute modificându-le, deplasându-le, dramatizându-le și simbolizându-le. Pentru el visul este o "realizare camuflată a dorinței". În propriile interpretări ale viselor el caută într-o anumită măsură să înțeleagă limbajul inconștientului, să descifreze *gândurile latente* ale visului, din spatele *conținutului său manifest*.

Dar nu numai visul ci visele diurne, și în sfârșit conștiința trează conțin o parte importantă de mecanisme inconștiente, așa cum funcționează în vis. Scopul declarat de psihanaliză este intrarea în aceste teritorii necunoscute ale psihologiei umane. Făcând asta, ne izbim de un mare număr de mecanisme articulate în jurul formei centrale a refulării (adică aruncarea în inconștient și fixarea sub formă de complex nerecunoscut). La refularea patologică se atașează mecanisme de apărare și procedee defensive de caracter "normal" și nu numai patologic, dintre care cele mai importante sunt cele nouă care urmează:

- *Formația reacțională* - constă într-o "contra-investiție permanentă", adică o subpresiune aparentă a refulării prin conduite de sens opus (de exemplu curățenia).
- *Identificarea* - este o formă de inițiere inconștientă, care prezintă diverse specii, de exemplu identificarea agresorului.
- *Introjecția* - interiorizează, sub forma unor fantasme inconștiente, obiectele și calitățile lor.
- *Proiecția* - impută altcuiva procesele inconștiente refuzate de subiect
- *Anularea* - consistă în a desface ceea ce a fost făcut. Cu ea sunt înrudite negarea și denegatul.
- *Izolarea* - are ca efect repararea unei reprezentări jenante a afectului său. O formă mai marcată este clivajul.
- *Regresiunea* - desemnează o tentativă de retur spre faze

anterioare ale organizării psihice.

• *Sublimarea* - deplasează o tendință indezirabilă spre un scop recunoscut cultural.

• *Raționalizarea* - reinterpretează sub forma unei explicații coerente și acceptabile.

Doctrina nevrozei

În doctrina sa despre nevroză, Freud distinge două mari grupe de nevroze. Nevrozele actuale (în special neurastenia, și nevroza de angoasă) au cauze reale. Contrar lor, psihonevrozele (nevroze de apărare) sunt fondate pe un mecanism psihic. În această categorie Freud introduce, printre altele, isteria, fobia și nevroza obsesională (anancastică). Ele sunt cele aflate în centrul de interes; psihanaliza le califică drept "casă cu picioare de argilă. La baza lor se găsește un conflict inconștient nerezolvat: nerezolvat pentru că este profund refulat. Pentru psihanaliză originea nevrozei este deci o "reîntoarcere de la refulare" deghizată , cei drept, în majoritatea cazurilor.

Psihoterapia psihanalitică

În "cura" psihanalitică clientul exprimă unilateral tot ceea ce îi vine în minte în relație cu visurile sale. Terapeutul este așezat în spatele pacientului întins pe o canapea și îi pretează o atenție neutră. Ca regulă generală, există legătura cu manifestarea a două elemente importante: pacientul trebuie să învingă rezistențe în raport cu inconștientul său și transferă inconștient propriul complex Oedip neelaborat pe psihanalist.

Prin contra-transfer se înțelege proiecția conflictului oedipian primitiv al terapeutului pe client, proiecție care trebuie să fie neutralizată de o "analiză didactică" (analiză personală de un analist didact). Transferul conflictelor oedipiene ale pacientului pe analist nu este evident considerat o greșeală ci o componentă necesară a analizei. Freud distinge două faze:

"În prima, fiecare libido este împins de simptome în transfer și se concentrează aici; în cea de-a doua, asistăm la lupta pentru acest nou obiect și libidoul s-a eliberat de acesta". ("Introducere la psihanaliză")

Greenson distinge patru faze de perlaborare :

• *confruntarea* (de exemplu punerea în discuție a conținuturilor visului

• *decantarea materialului* (de exemplu clasamentul materialului visului)

• *interpretarea* (pe care Freud o considera ca pe o artă)

• *descărcarea afectului*

Freud scrie despre cură: "Schimbarea decisivă pentru o ieșire pozitivă este eliminarea refulării la ocazia acestui conflict reînnoit.

Psihoterapia comportamentală

Pascal (1623-1668) a scris fraza următoare : "obiceiul este o a doua natură care o distruge pe prima." Dar nu există doar obiceiuri bune ci și obiceiuri rele.

Terapia comportamentală (TC)

Le vizează pe amândouă utilizând procedee de apropiere și de eliminare. TC, în sens strict, a debutat la începutul anilor '20 cu lucrările a trei eleve ale fondatorului teoriei comportamentale, John Broades Watson (1878-1958).

Ele au tratat copii ce sufereau de fobii pentru animale, prin metode de condiționare (psihologia uceniciei). De atunci, TC a devenit una dintre cele mai răspândite orientări terapeutice

Procedeele de achiziționare

Vechiul principiu pedagogic, potrivit căruia sunt posibile predarea și învățarea comportamentelor, este sistematic pus în practică de psihologii comportamentaliști. Printre procedeele folosite, ucenicia modelelor este dintre cele mai importante

• Pacienții pot fi făcuți să imite (shadowing) într-un mod cooperativ, (asistenta, la dreapta terapeutului care se găsește în mijloc, îi prezintă clientului exercițiul pe care trebuie să îl facă), într-un mod simbolic (modelul este de exemplu propus dintr-un film) sau într-un mod ascuns (este anticipat în special în reflectări).

• Cu copii se folosesc recompense directe sub formă de bomboane pentru a se obține comportamentul dorit (token-economy). Cu adulții se folosesc în același scop sisteme de gratificare cu jetoane sau o concesiune de privilegii. Promptingul (susținător dat de terapeut pentru a servi ca exemplu) este suprimat progresiv (fading) în caz de succes.

Procedee de eliminare

În Odiseea de Homer, Ulise urmează sfaturile lui Circe și poruncește să fie legat de catargul navei sale pentru a nu ceda și sucomba la auzul cântecelor de chemare irezistibilă ale sirenelor. În ceea ce-i privește pe tovarășii săi, acestora li se astupă urechile cu ceară ,spre a fi protejați prin constrângere la neputință. Acest procedeu radical de evitare a situațiilor de impact, este reluat ajustat, de TC, sub formă de siguranță atenuată, dar cu o eficacitate mai promițătoare. Este cazul în care se asociază comportamentului negativ (de ex. excesul de consum de alcool) un stimul aversiv, care poate fi de ex. un miros dezgustător.

Modelarea comportamentului

Sub termenul de "shaping" (modelare sau fasonare a comportamentului), TC americană utilizează un procedeu coerent, dar cu variante individuale care comportă o serie de pași.

La începutul tratamentului, clientul are tendința de exagera în ceea ce privește suferințele sale și se complace adesea în situația de înduioșare pentru sine însuși.

• Terapeutul explică că sunt inutile și interzise cu desăvârșire aceste lamentații, de ex. cu o claxonare (inhibiția reacției).

• Clientul învață un comportament automatizat incompatibil cu plângerile sale; de ex. gânduri vesele sau (mai adesea) o poziție de relaxare.

• Comportamentul maladaptativ este decodat în funcție de simptome și oprit cu pași mici (ucenicia pașilor mici).

• O bună parte din terapia prin "shaping" constă în ruperea rutinei care închide omul într-o cămașă de forță și îl face astfel incapabil de a își modifica propriul comportament. El învață de exemplu să își conducă mașina foarte încet, să nu cedeze la iritare, când își pune doi pantofi diferiți; să-și modifice obiceiurile discursive, să-și modifice complet trezirea matinală și modul de a se pregăti, care sunt deja fixate într-un ritual rutinier. Aceste schimbări de comportament care trebuiesc făcute, sunt o tentativă defensivă, de "apărare împotriva facilității" (înlocuirea rutinei).

• *Ruperea lanțurilor* (chaining) este urmată sistematic de TC. În cazurile de condiționare complicată a comportamentului, de ex. toxicomania, simplele deprivațiuni aversive (nu de reducere)

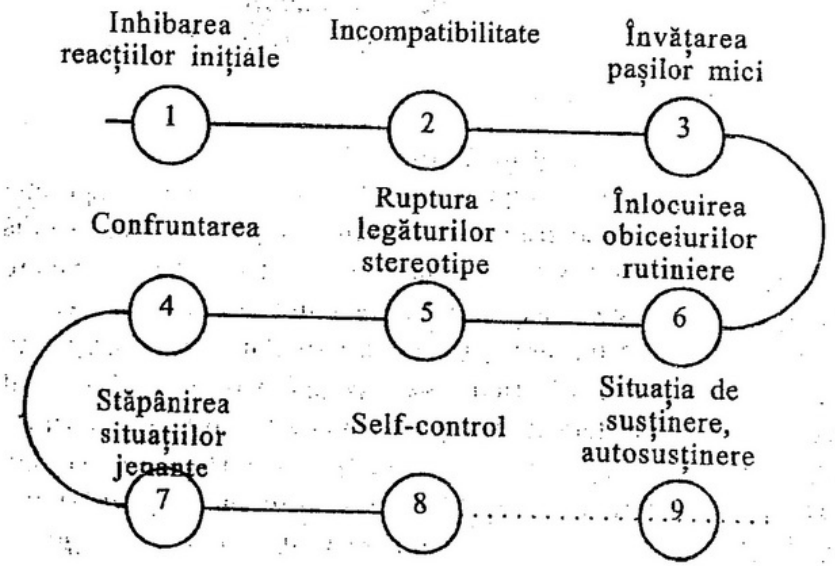
nu sunt întotdeauna suficiente. Comportamentul global este decupat în secvențe (branching) și acestea sunt apoi recompuse într-un nou program de comportament.

• Prin *confruntare,* se încearcă să se construiască sau să se reîmprospăteze încrederea în sine însuși, ceea ce face parte din maturizarea comportamentului. Se exersează de exemplu prin a rămâne așezat în fața cuiva fără a lua ochii de pe el.

• Se favorizează situații jenante prin intermediul unor procedee specifice (coping skill training). Clientul trebuie să facă demersuri care îi sunt dezagreabile, ca de exemplu mersul la cerșit.

• Grupul fecund de procedee ce permite accesul la controlul de sine cuprinde în special: protocoluri comportamentale, tehnici de control al ideilor (de ex. oprirea pentru a reflecta, solilocviul sau monologul cu voce tare), imunizarea contra stresului, care se presupune că permite faza de tranziție spre autonomie în raport cu terapeutul.

• La capătul unei anumite perioade de timp, *ședințele de susținere* (booster), ore care completează sau repetă învățarea după sfârșitul terapiei, permit reîmprospătarea a ceea ce a fost învățat.



Astăzi, în psihoterapie sunt prevăzute strategii pe termen lung în care se reunesc emergent, elemente aparținând mai multor

metode psihoterapeutice, în speță combinându-se cazuistic, tehnicile psihodinamice cu cele behavioriste sau cognitiviste. Acestea prevăd:

Asociația liberă

Una dintre strategiile principale ale psihanalizei freudiene este aceea că pacientul trebuie încurajat să exprime prin cuvinte orice îi vine în minte, fără cenzură, în timp ce stă întins pe canapeaua psihologului, sau sub hipnoză.

Psihoterapeutul folosește informația prelevată mai târziu, inițial neprelucrată, care apoi , după operații , interpretări și conexiuni diferite, poate fi utilizată profesionist pentru a arunca o lumină asupra pacientului.

Realizarea conexiunilor

Terapeutul atrage atenția pacientului asupra legăturilor cauzale sau categoriale (de apartenență), dintre trecutul îndepărtat, prezent și aspirațiile viitoare pe care el, un outsider, le-a observat, dar pe care pacientul le-a omis.

Aceste legături pot fi stabilite între atitudini, de ex., atitudinea față de părinții și copii pacientului. Astfel se permite pacientului să-și înțeleagă viața, și să câștige discernământ.

Reflectarea

Terapeutul analizează problemele care i-au fost prezentate reflectându-le înapoi către pacient într-un mod mai clar, dar fără a adăuga subiecte sau interpretări noi.

Interpretarea

O interpretare este o ipoteză care explică o atitudine sau o emoție actuală a pacientului. Terapeutul urmărește să aducă la suprafață idei și sentimente subconștiente, asigurând astfel pacientului, o nouă înțelegere asupra vieții sale. El observă orice rezistență (sau cooperare mai redusă față de normal) cu care pacientul întâmpină asemenea interpretări. Rezistența însăși, necesită interpretare, de ex., terapeutul îi explică pacientului că reacția este asemănătoare cu cea din cazul în care el ar fi părintele lui (transfer activ). Mecanismele de apărare ale pacientului (de ex., proiectarea continuă a sentimentelor) necesită de asemenea interpretare. Sentimentul excesiv de vinovăție și alte manifestări (de conștiință) ale supra-eului, pot fi de asemenea interpretate. Analiza viselor este un alt exercițiu de interpretare.

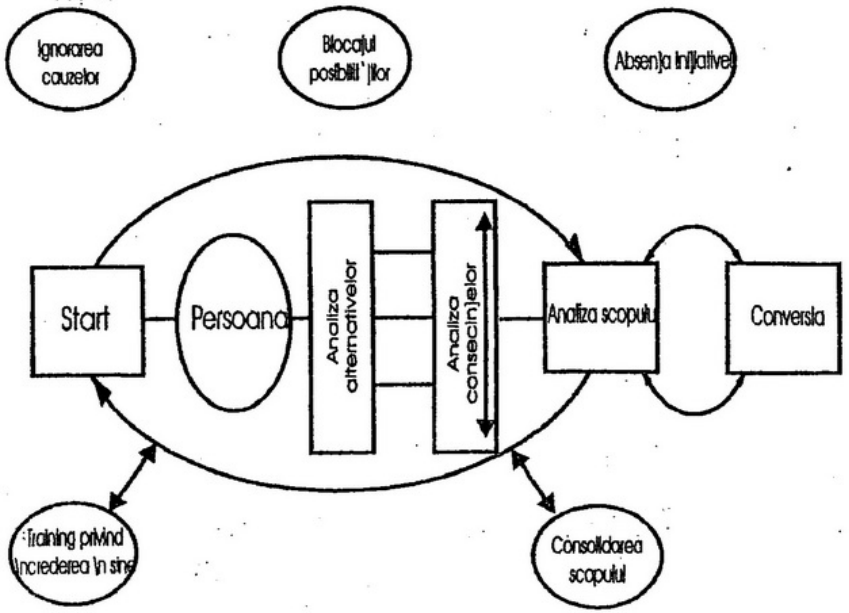
Terapeutul învață pacientul cum să „decodifice" un vis, pentru a-i dezvălui conținutul lui ascuns, dar mai revelator.

Terapeutul ar trebui să evite obiceiul enervant și obsesiv de a interpreta orice spune, sau ce face pacientul. Situațiile în care transferul activ, de exemplu, ar trebui interpretat, au fost definite clar:

- Când pacientul prezintă în mod repetat o stare de emoție exagerată în cursul terapiei
- Când fluxul asociațiilor de idei ale pacientului se blochează
- Când terapeutul crede că interpretarea este o măsură necesară pentru a putea permite altor gânduri să apară (să se conștientizeze)
- Când pacientul este foarte aproape de a recunoaște fenomenul de transfer activ și singur.

Confruntarea

Dacă pacientul nu reușește să facă față problemelor lui psihologice, iar interpretarea acestora de către terapeut nu reușește să conducă la schimbarea dorită, confruntarea ca strategie psihologică poate fi indicată. Aceasta impune din partea terapeutului o declarație de reproș, directă, de ex., „Întârzii atât de des, încât încep să mă întreb dacă tu dorești ca tratamentul să dea rezultate. Aș putea la fel de bine să-mi petrec timpul în altă parte".



Psihoterapii nondirective

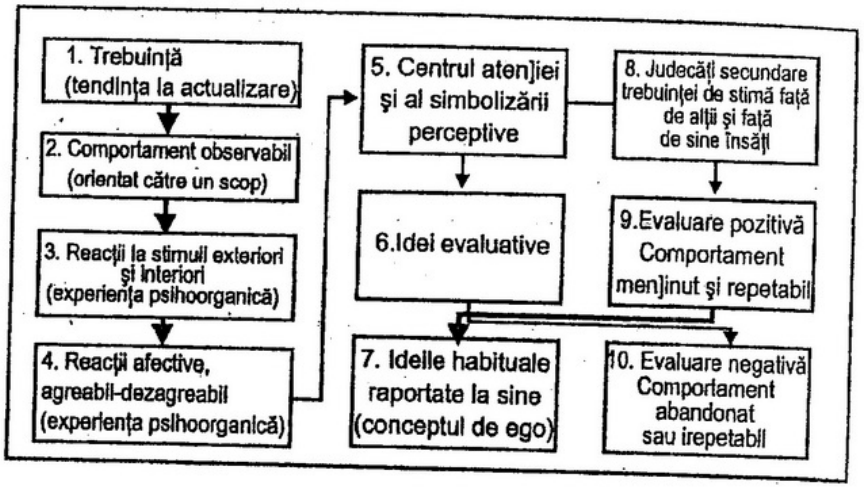
Numeroase persoane tulburate psihic se simt neînțelese de toată lumea. Este doar ceea ce ele încearcă și ceea ce ele simt, că ar fi un fapt subînțeles. Ele caută singure și până la urmă găsesc, în mod progresiv, capacitatea de schimbare pozitivă. Plecând de la această experiență pe care o găsim de asemeni în anumite idei ale neo-analistului Otto Rank și în sursele chinezești pe care Carl Rogers le-a folosit în crearea psihoterapiei nondirective (P.N.D.), sau chiar psihoterapia prin întreținere (P.E.). Prima sa carte "Counseling and psychoterapy"- 1942- a avut un mare succes deoarece conținea mai ales o noutate senzațională: transcrierea integrală a unei terapii individuale înregistrată cu ajutorul unui magnetofon.

Concepția asupra personalității (Carl Rogers 1942)

Se uită adesea că rezultatele psihoterapiei stabilesc ipoteza : individul, pentru ca să fie ajutat să se reorienteze și să-și reorganizeze atitudinile, poate să se adapteze într-un mod normal și deci mai puțin laborios, putând ajunge la satisfacția asupra unui mod socialmente recunoscut. Pentru a atinge acest scop, psihoterapia nondirectivă sau "centrată pe client" încearcă "să reorganizeze procesul de evaluare subiectivă asupra organismului ".(Ceea ce înseamnă apropierea critică de experiențe pentru a le face să contribuie la autoconservare). Schema procedurală, comportă zece etape, pleacă de la tendințele la actualizare a potențialităților proprii, trece prin conceptul de sine (model variabil al sinelui în raport de trecutul său, prezentul și viitorul propriu), pentru a ajunge la reevaluare psihologică. Obiectivul fixat de Rogers este "o personalitate capabilă să funcționeze plenar(1959) și ale cărei caracteristici sunt: deschiderea spre experiențe, concordanța între imaginea despre sine și stima față de sine, o percepție corectă a realității și o interacțiune socială matură și satisfăcătoare.

Variabilele terapeutice

Mai mult decât alte psihoterapii, Terapia prin înteținere întâmpină o rezervă din partea terapeutului deoarece rațiunea este paradoxală. Terapeutul observă destul de rapid " adevărata



" rațiune a tulburării psihice dar cu cât interpretarea este mai precisă și mai pertinentă cu atât șansele ca, clientul să răspundă prin apărare și rezistență, sunt mai mari. În ochii psihanalistului, această rezistență reprezintă blocajul inconștientului (oedipian) și el pune aceasta, în centrul perlaborației iar comportamentalistul îi răspunde prin contracondiționare, astfel că terapeutul non-directiv, o lasă spre întoarcere la vid(în gol). Rogers citează filosoful chinez Lao-Tseu (sec IV î C.H): " Dacă evit să mă implic, oamenii se îngrijesc singuri" dacă evit să dau sfaturi, oamenii își găsesc singuri comportarea justă. Nu este vorba de a fi inactiv. Terapeutul trebuie să respecte trei variabile terapeutice:

- Își trimite clientul care se exprimă la o imagine în oglindă . Astfel acesta se vede prin terapeut și începe să se corecteze. (verbalizare a trăirilor emoționale). El se simte înțeles și astfel dispus să se schimbe.
- A doua variabilă esențială este cea a aprecierii pozitive a clientului și căldura emoțională către acesta. Aceasta întărește încrederea în sine și în terapie.
- Autenticitatea și autocongruența constituie cerința cea mai dificilă în raport cu terapeutul. Convențiile sociale necesită disimulare, falsitate și ipocrizie. De aceea acestea trebuiesc abandonate în favoarea deschiderii sinelui (self - disclosure), și pentru ca suspiciunea imposturii să nu mai fie o sursă de

nesiguranță și închistare la client și să ajungă astfel, ca el să se retragă din relația terapeutică.

Variabilele procesului

După 6 pînă la 25 ședințe de 45 minute partenerii de terapie fac un bilanț al progresului sau regresului lor. Ei folosesc în acest scop chestionare.

- Cel a lui Tomlinson și Hart (1962).
- Chestionarul lui Tomlinsson și Hart avizat de C. Rogers prevede 7 domenii funcționale și 7 grade(rubrici) care permit constatarea unui posibil progres .

În cadrul acestui proces terapeutic sunt indicate 2 variabile ale procesului:

- *auto-explorarea* (descoperire de aspecte noi de experiențe interioare)
- *experierea* (experiencing) sau modul de trăire cu sine însuși(auto-reflexie critică, degajare interioară și aplicații largi).

Psihoterapia prin convorbire terapeutică insistă asupra faptului că rezultatele terapiei nu sunt un final ci debutul unei auto- actualizări sau autorealizări crescânde("Privirea retrospectivă",1976): Este dezvoltarea progresivă și verificarea critică a ipotezei că individul păstrează în el un enorm potențial pentru a fi ajutat să se înțeleagă,

	Caracteristici	I/II	III/IV/V	VI/VII
1	Emoție	Inexprimat	Disponibil	Sentimente libere
2	Reprezentare	Conștiință minimală	Conștiința ivită	Conștiință plenară
3	Incongruență	Insesizabil	Recunoașterea	Neutralizare
4	Autocomunicare	Defectiv	Creșterea	Imaginea de sine completă
5	Experiență	Distorsiuni	Diminuarea rigidității	Experiență autonomă
6	Elaborări de probleme	Absența elaborării	Conștiința problemelor	Responsabilitate față de sine
7	Raporturi cu alte persoane	Defensiv	Debutul încrederii	Raporturi cu libertatea

să-și modifice părerea despre sine, atitudinile sale și să-și modifice comportamentul în mod independent.

Psihoterapii umaniste

Psihoterapiile umaniste se sprijină pe echilibrul relativ de patru obiective umane (interconectate) privitor la eșecul lor.

- Totalitatea este un fenomen fundamental pentru psihologia formei (Gestalt psihologie). Pentru Gestalt-terapie, (F. Perls) nevroza nu reușește să acceadă forma sau configurația consacrată a datelor de realitate; este ceva care se întrerupe(gestalt lacunar).
- Potențialitatea umană este partea considerabilă a impulsurilor umane cum ar fi de ex. bunătatea, stima, serviabilitatea ș.a..Psihanaliștii esențialiști (Binswanger, Von Gebsattel) vorbesc despre umanitatea ascunsă, " îngropată", apropos de bolnavul mental, iar Perls vorbește de "captură" (concept paralel cu cel de refulare în psihanaliză).
- În analiza existențială și logoterapia sa, V. E. Frankl opune orientării senzoriale, spirala nevrotică depersonalizare-derealizare, ceea ce conduce la o "crampă a reflexiei" și la un sentiment al absurdității.
- Autorealizarea este în centrul curei terapeuților existențialiști R. May și A.M. Maslow.

Contrar acestor autorealizări, nevroza caracterizează persoana care suferă de compulsii inhibatoare, ce o împiedică să se regăsească și care acumulează tulburări psihice, în loc de a-i releva liniștea și siguranța.

Gestalt-terapia este un exemplu al terapiei umaniste. Această metodă heterodoxă împrumută de la alte terapii, tot ceea ce îi permite să oprească "dezintegrarea formei" (Gestaltul) unei persoane: munca corporală, travaliul visului, feed-back-ul grupului, psihodrama, tehnica hot-seat (clientul este pus de grup pe banca acuzațiilor). În timpul procesului denumit *shareng* conflictele trebuie să fie exprimate direct, aceasta având efecte pozitive variabile.

Psihoterapia cognitivă

Ceea ce se cheamă placa turnantă cognitivistă a psihologiei, la începutul anilor 70 a reînviat conceptul " cognitiv"care, de

fapt, a existat întotdeauna în istoria psihologiei. Ea însă se bazează pe noile cunoștințe ale psihologiei cognitive și se detașează de vechile idei ,conform cărora spiritul nu este decât suprastructura raporturilor sociale,(K.Marx) fără libertate în raport cu inconștientul (S.Freud), sau adversarul sufletului.(L.Klages). Azi spiritul este considerat ca un instrument de reglare autonomă, ("imagine la o anumită distanță", J. Lacan) care poate atât să.ne îndepărteze cât și să ne pună pe calea cea bună, sub aspect subiectiv.

Terapia cognitivă

Ideea fundamentală este aceea că starea psihică și gândurile pot forma un cerc vicios. Să folosim exemplul depresiei: deprimarea conduce la gânduri sumbre și la amintiri (de exemplu, stăruind asupra examenelor la care te-ai descurcat rău, mai degrabă decât asupra celor pe care le-ai trecut cu bine). Aceste gânduri triste te fac să te simți mai deprimat (psihic), iar această deprimare face ca gândurile tale să fie chiar mai sumbre. Terapia cognitivă abordează acest cerc vicios analizând gândurile. Ia de exemplu gândul: „Sunt un ratat și toți prietenii mei mă evită". În terapia cognitivă metodele sunt de a:

- Clarifică exact care este gândul (nu îl lăsa să fie doar o convingere negativă vagă)
- Caută dovezi pentru și împotriva afirmației din cadrul gândului
- Caută alte perspective
- Trage o concluzie

Terapeutul încurajează pacientul să găsească alte explicații, provocându-l, de exemplu examinând ce înseamnă exact „sunt un ratat", „Care sunt domeniile importante din viața ta?", „Ce consideri tu succes sau eșec?" Pacientul poate menționa lipsa avansării ca dovadă de eșec - contracarată de terapeut care subliniază că eșecul în realizarea unui obiectiv este diferit de un eșec global. Există multe feluri de gândire subiectivă, iar terapia cognitivă ajută pacienții să le recunoască: de exemplu, „gândirea în alb și negru", generalizarea excesivă (ca în cazul considerării unui eșec ca un simbol pentru orice). După aceea, terapeutul ar putea ajuta pacientul să privească critic eșecul în cazul abordat.

Terapia cognitivă a lui A.T. Beck își are izvorul în terapia

depresiei, dar ea trebuie înțeleasă mai întâi printr-o suită de alte tulburări psihice și pleacă de la sisteme de evaluare negativă bazate pe diferite erori de apreciere .

- Punct de vedere negativ asupra viitorului, mediului ambiant și persoana proprie.

Întrucât aceste sisteme sunt mai mult iraționale, sunt supuse la trei analize:

- logică (a uita să saluți este într-adevăr un semn de respingere?)
- empirică (exemplu nu există decât rațiuni tehnice pentru a omite să dai un telefon ?)
- pragmatică (exemplu a recunoaște că starea de descurajare are drept consecință lipsa de seducție)

Aceste analize sunt urmate de o terapie combinată.

Într-o primă fază de terapie *cognitiv-comportamentală* se exersează mobilizarea activității și se încearcă a stăpâni unele sarcini. Cât timp terapeutul le precizează limitele, el explică "gândurile automatice" ca de exemplu acelea care presupun că suntem lipsiți de orice valoare. Obiectivul fazei terapiei cognitive este o reatribuire, evaluarea pozitivă a triadei: viitor, mediu și propria persoană.

Beck scria: "explicația modelului cognitiv furnizează o bază pentru tehnicile de utilizat, dar subliniază îndeosebi necesitatea unei colaborări între terapeut și client".Această terapie, în mod concret, conține două dimensiuni aplicative: terapii cognitiv comportamentale și terapii rațional emotive (pentru a nu le formula prin denominația cognitiv-emoționale).

Terapiile cognitiv-comportamentale

Terapia cognitiv-comportamentală este destinată să trateze simptome precum fobii, obsesii, tulburări de alimentație și sexuale, precum și anxietatea și depresia ușoară. La pacienții cu tulburări obsesiv-compulsive, ritualurile (de ex. spălarea mâinilor) răspund mai bine decât ruminațiile. Terapia nu este indicată pacienților cu schizofrenie, demență sau depresie severă.

Primul pas îl reprezintă studierea foarte amănunțită a comportamentului pe care pacientul vrea să îl schimbe. Dacă pacientul prezintă agorafobie, descoperă ce simptome fizice și psihice prezintă, precum palpitații și teama de a leșina (fobo-fobie), iar

apoi asociază-le cu probleme precise ale comportamentului - de ex. pur și simplu cu intenția de a ieși afară, sau cu intrarea într-un anumit magazin. După aceea roagă pacientul să realizeze o ierarhie de asemenea situații, începând cu cele mai puțin amenințătoare. Tratamentul începe cu expunerea treptată la situația cea mai puțin amenințătoare (desensibilizare sistematică) asociată cu învățarea unei metode de reducere a anxietății. Aceasta ar putea fi relaxarea sistematică, în care grupele musculare sunt contractate și relaxate într-o succesiune ordonată. De exemplu, stând pe scaun, degetele de la picioare sunt apăsate cu energie pe podea, apoi ambii genunchi sunt apăsați cu energie în același timp, apoi mâinile pe genunchi, apoi degetele de la o mână în palma opusă, fiecare deget pe rând. Fiecare apăsare durează aproximativ 30 de secunde și este urmată de o perioadă de relaxare, iar această manevră contracarează sentimentele de anxietate.

Cooperarea presupune ajutor prin asigurarea de informații scrise cu privire la motivele exersării noilor comportamente și prin explicarea faptului că beneficiile majore ale tratamentului psihologic se obțin numai după o muncă grea. Este înțelept să obții ajutorul soțului/soției pacientului, care să vină cu încurajări la fiecare realizare. Ritualurile, precum spălarea mâinilor, care sunt cauzate de un anumit stimul, sunt tratate prin expunerea timp de câteva ore la stimulul respectiv, în timp ce în alte condiții este încurajată evitarea ritualului. Terapeutul exemplifică ceea ce trebuie să facă pacientul („modelare"). Pacientul poate fi învățat să-și întrerupă gândurile obsesive, de exemplu efectuând o anumită activitate de fiecare dată când ele încep să-i revină în minte.

Terapia rațional-emotivă

Albert Ellis scria că această terapie ține cont de faptul că omul exercită un control foarte puternic asupra a ceea ce resimte subiectiv și ceea ce face.

Această terapie distinge patru faze terapeutice:

• *Teoria ABC* = enunță că A (experiențe activante provenind de la mediu) nu este cauza lui C (consecințe emoționale). Între A și C se află B (obișnuințele gândirii).

• Omul are așteptări iraționale.

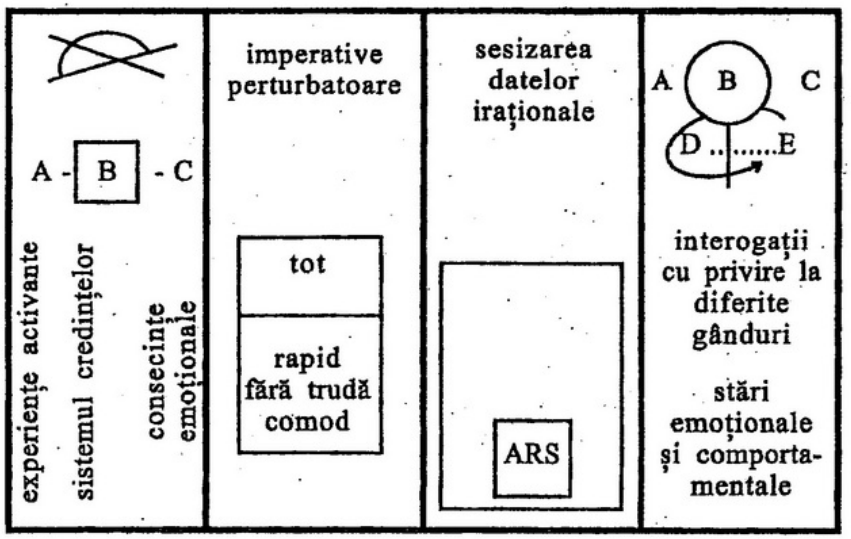
Totul trebuie să fie rapid, comod și fără dificultate, toată lumea trebuie să mă placă.

• Aceste dorințe iraționale trebuie să fie examinate și interogate una câte una: Această idee este realistă? Ce determină falsitatea convingerii?

• După Ellis, rezultatul este o schimbare de atitudine față de viață.

Acest efect terapeutic se obține la sfârșitul procesului terapeutic rațional-emotiv.

Aceste etape merg de la analiza rațională a eului (ARS) la efect (E) trecând prin discuție (D).



BIBLIOGRAFIE

1. *** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, D.C., 1994
2. *** Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, ESE, București, 1988
3. *** Dicționar Larousse de medicină, Ed. Universul Enciclopedic, București, 1998
4. Andrey, B. & colab., Atlas de psychologie", PUF Natan, 1998
5. Bergson, H., Eseu asupra datelor imediate ale conștiinței, Institutul European, Iași, 1992
6. Brainerd, H., Margen, S., Chatton, M. J., Elemente practice de diagnostic și tratament, Ed. Medicală, București, 1967
7. Collier, J. A. B., Longmore, J. M., „Handbook of Clinical Specialities", Oxford University Press, 1991
8. Cooper, A.B., International Encylopedia of Psychiatry, Psychology, Psychanalysis, Aesculapius, New York, 1977
9. Cosnier, J., Psychologie Medicale, Ed. Natan, Paris, 1977
10. Dehing, J., Atlas de psychologie, Belgische Vereniging voor Analitysche Psychologie, Brussel, 1998
11. Eibl-Eibesfeldt, I., Agresivitatea umană, Ed. Trei, București, 1998
12. Evans, RB., International Encylopedia of Psychiatry, Psychology, Psychanalysis & Neurology, vol. II, Aesculapius, New York, 1977
13. Ewen, R.B., An Introduction to Theories of Personality, Hillsdale, New Jersey, 1993
14. Ey, H., La Conscience, PUF, Paris, 1963
15. Freud, S., Două psihanalize, Ed. Trei, București, 1995
16. Golu, M., Dinamica personalității, Ed. Geneze, București, 1993
17. Golu, P., Psihologie socială, Ed. Didactică și pedagogică, București, 1974
18. Gorgos, A., Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. I, Ed. Medicală,București, 1987

19. Gorgos, A., Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. II, Ed. Medicală,București, 1988
20. Gorgos, A., Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. III, Ed. Medicală,București, 1989
21. Gorgos, A., Dicționar enciclopedic de psihiatrie, vol. IV, Ed. Medicală,București, 1992
22. Holdevici, I., Elemente de psihoterapie, Ed. All, București, 1996
23. Huber, W., Psihoterapiile, Ed. Științifică și Tehnică, București, 1997
24. Ionescu, G., Introducere în psihologia medicală, Ed. Științifică, București, 1973
25. Ionescu, G., Tratat de psihologie medicală și psihoterapie, Ed. Asklepios, București, 1995
26. Ionescu, G., Tulburările personalității, Ed. Asklepios, București, 1997
27. Ionescu, Ș., Cours de psychologie, vol. 3, Ed. Dunod, Paris, 1994
28. Ionescu, Ș., Paisprezece abordări în psihopatologie, Ed. Polirom, Iași, 1998
29. Jeamet, Ph., Raynaud, M., Consoli, S., Psychologie medicale, Masson, Paris, 1985
30. Kaplan, H.J., Sadock, B.J., Troubles de l'homeur, Ed. Pradel, Paris, 1998
31. Laplanche, J., Pontalis, J. B., Vocabularul psihanalizei, Ed. Humanitas, București, 1994
32. Lăzărescu, M., Introducere în psihopatologia antropologică, Ed. Facla, Timișoara, 1976
33. Lăzărescu, M., Ogodescu, D., Îndreptar de psihiatrie, Ed. Helicon, Timișoara, 1995
34. Lăzărescu, M., Psihopatologie clinică, Ed. Helicon, Timișoara, 1994
35. Perciun, V., Dimensiunea proiectivă a relațiilor interpersonale, Ed. Eurostampa, Timișoara, 1998
36. Popescu-Neveanu, P., Dicționar de psihologie, Ed Albatros, București,

37. Radu, I. & colab., Introducere în psihologia contemporană, Ed. Sincron, Cluj, 1991

38. Radu, I., Metodologia psihologică și analiza datelor, Ed. Sincron, Cluj, 1993

39. Sillamy, N., Dicționar de psihologie - Larousse, Ed. Univers Enciclopedic, București, 1996

40. Stossel, Ș., Ogodescu, D., Normalitate psihică, boală, limbaj, Ed. Științifică, București, 1972

41. Turner Ch. H., „Atlas de notre cerveau", Mitchell Beazley Publishers Ltd., 1990

42. Wolberg, L., The Tehnique of Psychoterapy, Grune & Stratton, New York, 1954

43. Zlate, M., Introducere în psihologie, Ed. Șansa, București, 1994

44. Zorgo, B. & colab., Îndrumător psihodiagnostic, vol. IV, Ed. Dacia, Cluj, 1978

Biblioteca Centrală Universitară
TIMIȘOARA
"EUGEN TODORAN"

CUPRINS

1. PSIHOLOGIA CLINICĂ 5
Psihologul clinician 11
Repere istorice 16
Sistemele psihologiei clinice 19
Tulburările psihice și tulburările de personalitate 21
2. SIMPTOMUL - INDICELE OPERAȚIONAL DE BAZĂ ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ 23
Fondul psihodinamic al manifestărilor simptomatice specifice tulburărilor psihice 28
A). Eșecul organizărilor defensive 28
B). Tulburări ale expresiei de manifestare 37
3. PERSPECTIVE DE ORDIN TEORETIC 49
Analiza comparată a comportamentelor umane 49
Perspectiva pulsională 51
Perspectiva motivațională 58
Perspectiva psihodinamică a funcționării mentale 74
Structura și dinamica personalității 90
4. REPERE METODOLOGICO-APLICATIVE 107
Anamneza psihomedicală - esența investigațiilor de psihologie clinică 107
Operaționalizarea variabilelor psihologice - esența investigațiilor paraclinice (testologice) 116
Iatrogenia și dificultăți ale demersurilor de psihologie 128
5. MODIFICĂRI PSIHICE ÎN CLINICILE DE BOLI SOMATICE 136
Modificări psihice în stările toxice 136
Modificări psihice în clinica de boli interne 146
Tulburări psihice în bolile infecțioase 154
Modificări psihice în secțiile de chirurgie 160
6. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE - colaj 168
7. PSIHOLOGIA CLINICĂ ȘI SPECTRUL METODELOR PSIHOTERAPEUTICE 231